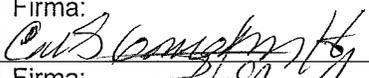
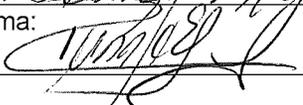


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 1 de 46

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION 2020

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 2 de 46

1. INTRODUCCION.

El manual de calidad de una entidad prestadora de servicios de salud corresponde a lo previsto y descrito dentro del SOGC.

El Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Cada Componente del SOGC, tiene sus características y principios aplicables de manera que convergen en su aplicación, como son la ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD. Dentro de sus componentes se cuenta igualmente con principios básicos que le rigen así:

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION: Lo fundamentan los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad.

SISTEMA UNICO DE HABILITACION: Dentro de los principios que determinan el sistema se cuenta con aquellos que guían los estándares, tales como la sencillez, validez y confiabilidad.

SISTEMA DE INFORMACION: Sus principios son la gradualidad, sencillez, focalización, validez y confiabilidad, participación y eficiencia.

SISTEMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: Rigen este sistema los principios del autocontrol, enfoque preventivo, confianza y respeto, sencillez y validez.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las que se emprendan para corregir sus deficiencias.

De la Atención Centrada en el Cliente, cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios.

La Alta Dirección de la Institución, con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño, busca la aplicación transversal de los siguientes principios de gestión de la calidad, con base en la NTC GP1000:2004:

- Enfoque hacia el cliente.
- Liderazgo.
- Participación activa de los colaboradores.
- Enfoque basado en los procesos.
- Enfoque del sistema para la gestión.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 3 de 46

- Mejora continua.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.
- Relaciones mutuamente beneficiosas.
- Coordinación, cooperación, articulación.
- Transparencia.

2. PLATAFORMA ESTRATEGICA.

2.1 MISIÓN:

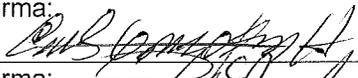
Somos una empresa social del estado de mediana y alta complejidad que presta servicios de salud a la población del departamento de Córdoba y su área de influencia, con un equipo tecnológico y humano altamente calificado, con enfoque científico, universitario e investigativo, garantizando una atención integral, con calidad y trato humanizado, en armonía con el medio ambiente.

2.2 VISIÓN:

Seremos en el 2025 la mejor empresa social del estado prestadora de servicios de salud, con altos estándares de calidad apuntando a la acreditación.

2.3 PRINCIPIOS:

1. **Calidad:** Garantizar atención efectiva, oportuna, especializada, humanizada y continua, mediante la utilización de procedimientos técnicos - científicos.
2. **Eficiencia:** Garantizar una atención eficiente. Ya que contamos con talento humano calificado, adecuados recursos tecnológicos, combinados con la optimización de los recursos materiales y financieros.
3. **Equidad:** Entendida como la atención a los Usuarios, en la medida en que los determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.
4. **Humanización:** Para la ESE Hospital San Jerónimo el cuidado de sus pacientes está enmarcado no solamente en su enfermedad, sino también en brindar una excelente atención humana, que incluye acompañamiento asistencial, educativo y de soporte a la familia.
5. **Sostenibilidad:** Aumentar sustancialmente la financiación de la ESE satisfaciendo sus necesidades de las áreas asistenciales y administrativas, logrando un equilibrio financiero y social.
6. **Trabajo en Equipo:** Unir el esfuerzo con quienes participan en los procesos y actividades sin excepción, con armonía, cooperación, compromiso y responsabilidad compartida para multiplicar el logro de resultados en busca de los objetivos y metas comunes.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 4 de 46

- Integralidad: Los servicios de tecnologías de salud deben ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad con independencia de origen de la enfermedad o condición de salud.
- Oportunidad: La prestación de servicios y tecnologías de salud, deben proveerse sin dilataciones.

2.4 VALORES:

- Humanismo: Brindo un trato cálido, humano y con empatía a todos.
- Honestidad: Hago lo correcto de manera razonable, recatada, justa, coherente y sin engaños.
- Responsabilidad: Cumpro con mis funciones de la mejor manera, con compromiso y amor por mi trabajo.
- Compromiso: Cumpro con mis funciones de manera correcta, eficiente y transparente.
- Respeto: Enmarco mis actuaciones en un trato considerado sin agravios, ofensas o perjuicios a los demás.
- Solidaridad: Aporto mi conocimiento, trabajo y habilidades para conseguir un fin común.
- Lealtad: Actuar con transparencia, rectitud, responsabilidad y profesionalismo en respuesta a la confianza depositada en la persona por la empresa.

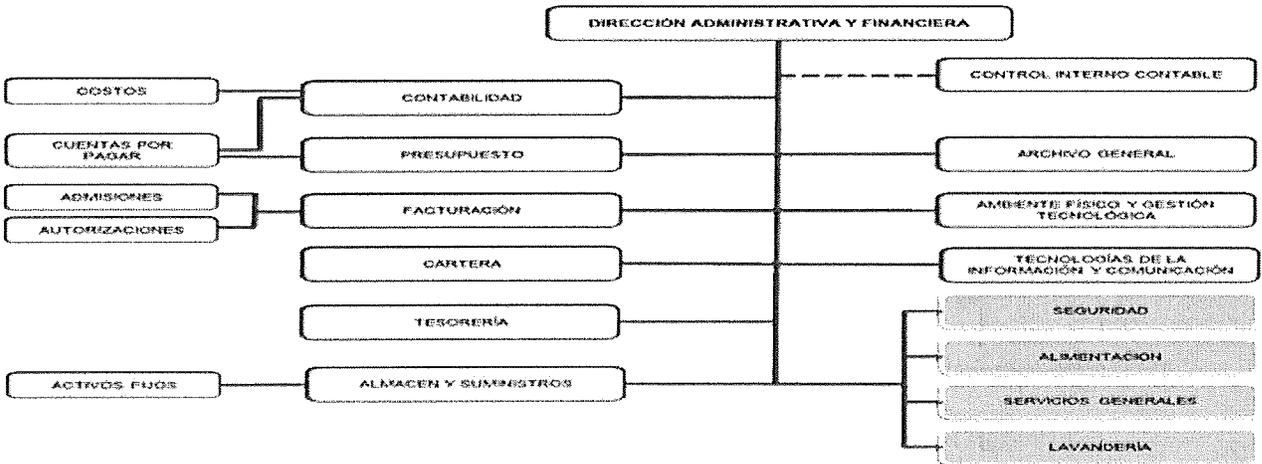
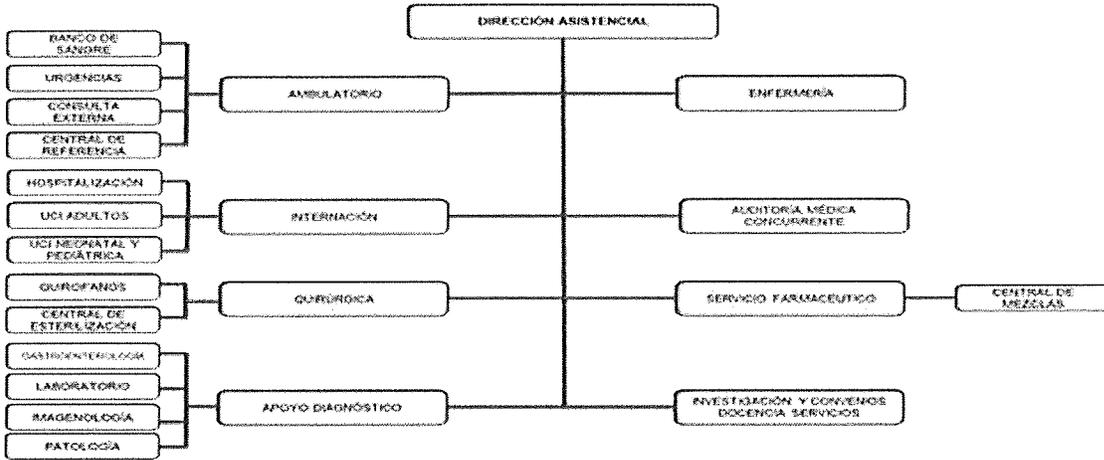
2.5 SLOGAN:

"Trabajamos por ti, por tu salud".

2.6 ORGANIGRAMA:

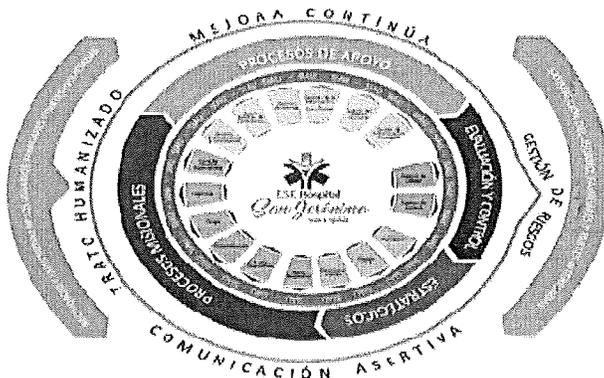


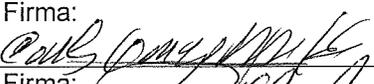
Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020



2.7 MAPA DE PROCESOS:

MAPA DE PROCESOS
E.S.E San Jerónimo de Mentoría

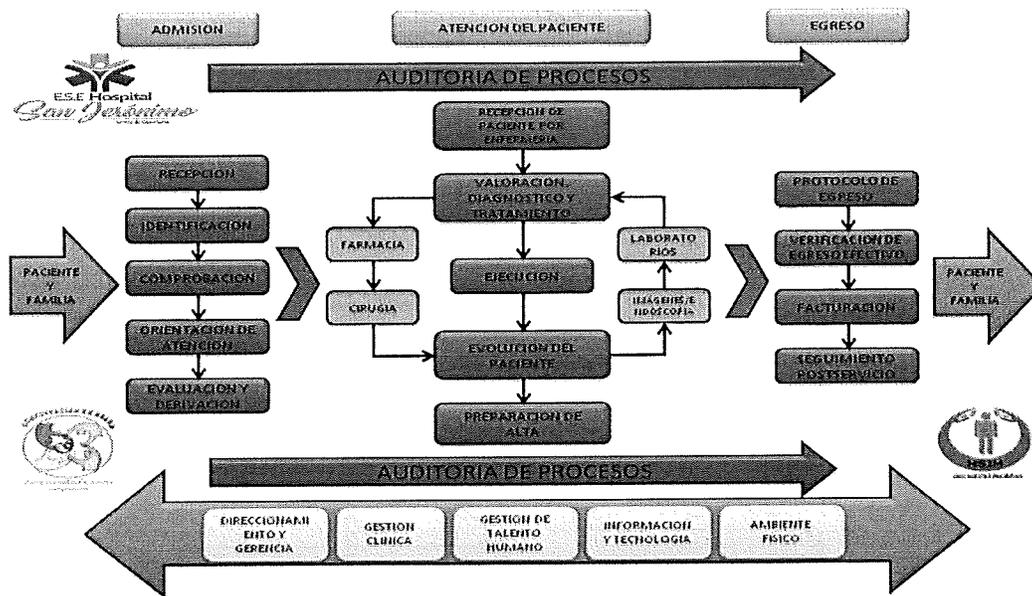


Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 6 de 46

2.8 MODELO DE ATENCION POR PROCESOS.

El modelo de atención que establece la normatividad vigente para el sector salud, se basa en los macroprocesos, procesos y procedimientos institucionales que me definen la prestación de los servicios ofertados.



En nuestra cultura de operación por procesos, identificaremos el siguiente esquema documental:

- Estructura Funcional y Operativa de Areas (Agrupa la totalidad de los procesos del área).
- Procesos. (PR)
- Manuales. (MA)
- Instructivos. (INS)
- Guías. (GA)
- Protocolos. (PROT)
- Formatos. (FOR)

La codificación se realizará acorde a la identificación del área en el organigrama de la ESE, con la metodología de reordenamiento físico-funcional. Los cuales tendrán la siguiente nomenclatura.

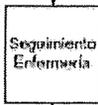
- Código del Área: A.7.PR.001
- Tipo de Documento: PR – MA – FOR – INS – GA – PROT
- Versión: 001
- Aprobado: Planeación y Gestión de Calidad

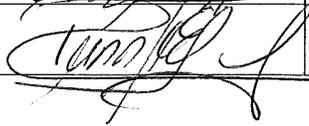
2.8.1 FLUJOGRAMA DE OPERACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020



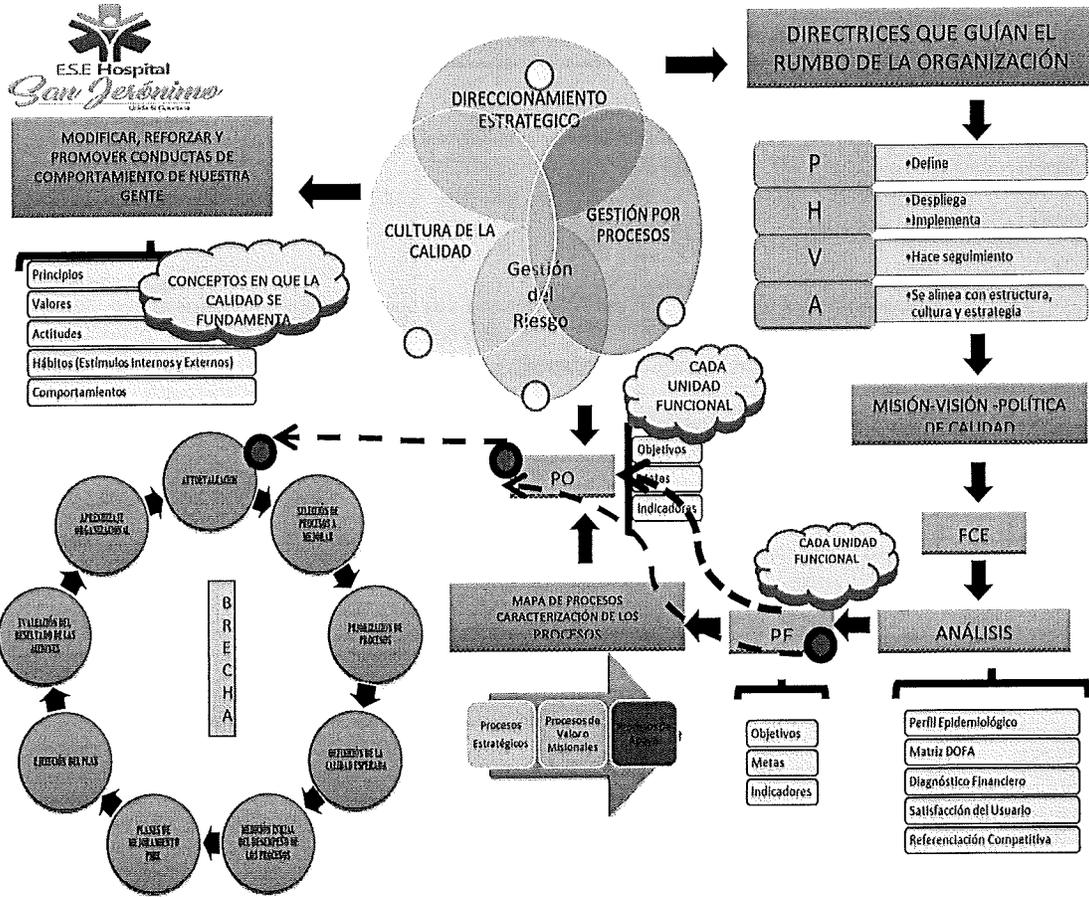
DIAGRAMA DE OPERACIONES VENTA DE SERVICIOS

PROCESOS	PUNTOS CLAVE	RESPONSABLES
	Tarifas, planes de beneficios, plazos de pago, intereses, beneficios para la ESE	Gerencia, Comité de Contratación, Jurídicos, Subdirección Científica.
	Pretriage, Clasificación de tipo de urgencia, remisiones a I y II	Médicos Urgencias
	Solicitud de documentos, verificación de derechos, solicitud de autorizaciones	Admisionistas
	Valoración Médica, ordenes medicas, llamados a especialistas, oportunidad en interconsultas, solicitud de estudios, diligenciamiento de historia clínica, procedimientos médicos, normas de bioseguridad.	Médicos de planta, Especialistas, Personal de Apoyo Dx, Personal de Enfermería
	Cumplimiento tratamiento, cumplimiento de guías y protocolos, registros clínicos, soportes HC, entrega de HC completa a facturación, verificación condiciones de egreso.	Enfermeras Jefe de Servicios
	Estudios socioeconómicos, gestión de documentos del paciente.	Trabajadoras Sociales
	Auditoria del Servicio, pertinencia, complejidad, medicamentos no pos, oportunidad especialistas, estancias, soportes, justificaciones, concertación con auditores externos diligenciamiento formato	Auditores de Planta
	Cargue de servicios a paciente correcto, liquidación de factura, generación de factura, generación de RIPS, radicación de facturas.	Personal Contratista Facturación
	Revisión de cuentas, soportes, pertinencia, liquidación, manuales tarifarios, corrección o radicación definitiva.	Auditores Contratista Facturación
	Revisión de Criterios Administrativos. Revisión de Criterios Asistenciales. Revisión de RIPS	Equipo de Cartera Auditores de Planta
	Recepción de facturas, radicación en EPS, gestión de cobro, depuración de cuentas por cobrar, revisión y cargue de pagos.	Equipo de Cartera
	Recepción de Objeciones, solución de criterios administrativos y asistenciales, revisión de tiempos de respuestas, aceptación o respuestas	Equipo de Cartera Auditores de Planta
	Gestión de Cobro, depuración de cuentas por cobrar.	Equipo de Cartera

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

2.9 MODELO DE GESTION INTEGRAL DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA.

Con el fin de integrar los diferentes Sistemas de Gestión de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería, se ha diseñado una ruta operativa que permitirá en el tiempo unificar los criterios de desarrollo documental y operatividad del producto en las diferentes áreas de la institución:



2.10 POLITICA DE CALIDAD.

Mediante la prestación de servicios de salud de excelente calidad, es prioridad para nuestra institución la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes, bajo la filosofía de mejoramiento continuo en los procesos internos, sustentados en la seguridad del paciente, atención humanizada y principios de eficacia, equidad y oportunidad.

2.10.1 OBJETIVOS DE CALIDAD.

- Brindar a los usuarios una atención equitativa e integral, orientada al restablecimiento de su condición de salud en un ambiente adecuado, cómodo y seguro.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 9 de 46

- Optimizar la utilización de los recursos, instalaciones y equipos para la prestación de un excelente servicio de salud, Dando cumplimiento a la normatividad vigente y políticas institucionales.
- Retroalimentar permanentemente el sistema de gestión de la calidad, garantizando así el mejoramiento continuo de los procesos y el cumplimiento de los requisitos de calidad de los usuarios.

2.10.2 OBJETIVOS CORPORATIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Brindar atención integral a nuestros usuarios con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, cumpliendo los estándares de calidad establecidos según la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Contar con un Talento Humano competente que garantice una atención con trato humanizado y seguridad del paciente.
2. Promover ambiente seguro a los clientes internos y externos.
3. Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, apoyándonos en el cumplimiento de sus derechos y deberes.
4. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, tarifas competitivas en el mercado.
5. Garantizar mediante un manejo gerencial la rentabilidad social y financiera de la empresa.
6. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

3. DEFINICIONES:

Las definiciones del presente Manual de Calidad se articula de manera directa con las Definiciones establecidas en la Norma Técnica Colombiana ISO 9000 de 2015. A continuación, se relacionan algunos conceptos básicos, dando claridad que los no mencionados pero que sean requeridos se acogen a la norma mencionada.

ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa real de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable.

ACCIÓN DE MEJORA: Toda acción que incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas. **AUDITORIA:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Página 10 de 46

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

EFICACIA: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

EFICIENCIA: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.

4. ALCANCE DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN.

Para efectos de la Certificación en **ACREDITACION EN SALUD**, como lo establece el decreto 1011 de 2006, resolución 2181 de 2008 y resolución 5095 de 2018, el sistema de gestión de calidad de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA tiene como alcance todos los servicios tanto ambulatorios como hospitalarios contenidos en su certificado de habilitación y portafolio de servicios, todos ellos prestados directamente en la sede de la institución.

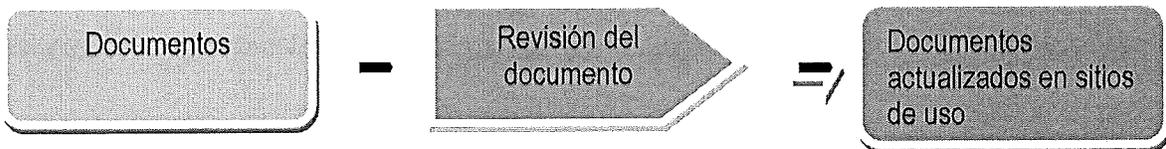
4.1 Interacción de procesos del sistema de gestión de calidad.

Los procesos del sistema de gestión de calidad de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA y su interacción se muestran en el documento Mapa de Procesos.

4.1.1 Control de documentos.

Entendemos un documento como un medio que contiene datos que se utilizan para realizar una actividad.

Proceso.



Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Documentos de origen interno y externo	Aprobar y revisar los documentos internos	Procedimiento de control de documentos y registros de calidad y listado maestro de documentos	Maestro de documentos
	Identificar el cambio y versión		Documentos de origen interno y externo actualizados en los lugares de uso
	Distribuir los documentos		
	Prevenir el uso no previsto de documentos obsoletos		

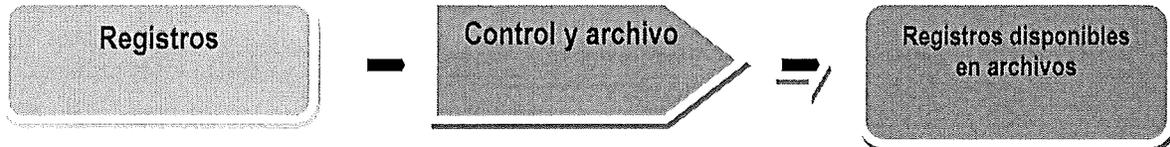
Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 11 de 46

4.1.2 Control de registros de calidad.

Entendemos un registro como un medio que contiene datos que se utilizan para verificar que se realizó una actividad.

Proceso:



Actividades:

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Registros de calidad	Definir los formatos de los registros	Procedimiento de control de documentos y registros. Y Listado maestro de registros.	Maestro de registros
	Controlar el cambio en los formatos de los registros		Registros de calidad controlados y disponibles en los archivos predeterminados
	Identificar, archivar, recuperar, proteger, definir el tiempo de conservación y definir la disposición (uso)		

4.2 Responsabilidad de la dirección.

4.2.1 Compromiso de la dirección.

Proceso:



Actividades:

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Requisitos del cliente	Comunicar la importancia de cumplir con los requisitos del cliente	Registros de capacitaciones sobre calidad	Conciencia del personal de la importancia de cumplir con los requisitos del cliente
Requisitos del cliente	Establecer la política de	Política de calidad	Política de calidad

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

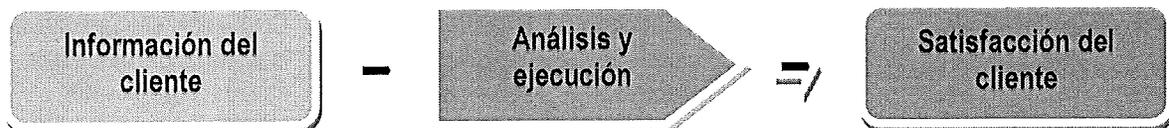
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 12 de 46

Objetivos de la organización	calidad		
Requisitos del cliente	Definición y despliegue de los objetivos de calidad	Objetivos de calidad	Objetivos de calidad por líneas de producto, funciones y niveles jerárquicos
Desempeño del proceso, producto y proveedores			
Política de calidad	Revisar el sistema de calidad periódicamente.	Procedimiento de revisión gerencial del sistema de calidad.	La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos. La mejora del servicio con relación a los requisitos del cliente Las necesidades de recursos.
Resultados de auditorías			
Retroalimentación de los clientes			
Desempeño de los procesos y conformidad del producto			
Situación de las acciones correctivas y preventivas			
Acciones complementarias derivadas de las revisiones anteriores			
Cambios planificados que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad			
Recomendaciones para la mejora			
Necesidades de competencias, instalaciones y ambientes			

4.2.2 Enfoque al cliente.

La dirección garantiza, a través de los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo, que la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA cuenta con un adecuado enfoque al cliente con los requerimientos de los estándares de acreditación en salud.

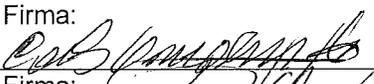
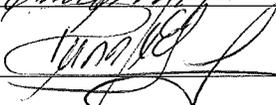
Proceso.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 13 de 46

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Requisitos del producto especificado por el cliente, incluyendo los requisitos para disponibilidad, entrega y posventa,	Determinar las necesidades del cliente	Procedimiento para identificar las necesidades del cliente Lista de chequeo de necesidades del cliente	Necesidades del cliente
Requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada.			
Obligaciones relacionadas con el producto, incluyendo los requisitos legales y reglamentarios, y			
Cualquier requisito adicional determinado por la organización.			
Requisitos del producto.	Definir la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos del cliente	Procedimiento de capacidad de prestación ó capacidad instalada Formato de capacidad instalada	Requisitos del producto
Capacidad de la organización para cumplir con los requisitos definidos.			
Diferencias entre los requisitos del pedido o contrato y los expresados previamente.	Negociación con el cliente	Procedimiento de oferta	Aceptación o negación del contrato, orden o pedido
La información sobre el producto.	Definir el sistema de comunicación con el cliente	Plan de comunicaciones	Sistema de comunicación con el cliente
El tratamiento de inquietudes, contratos o pedidos, incluyendo las modificaciones.			
La retroalimentación del cliente, incluyendo reclamaciones.			

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

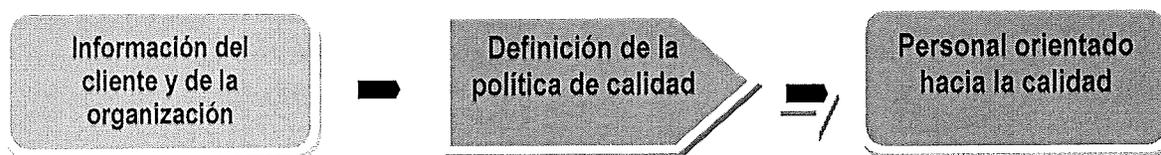
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 14 de 46

Percepción de los clientes sobre el producto y servicio	Análisis de los datos	Procedimiento de análisis de datos	Estudio del nivel de satisfacción de los clientes
---	-----------------------	------------------------------------	---

4.2.3 Política de calidad.

La dirección definió y comunica una política de calidad para garantizar que los empleados cuenten con una adecuada guía para garantizar la efectividad del sistema de gestión de la calidad.

Proceso:



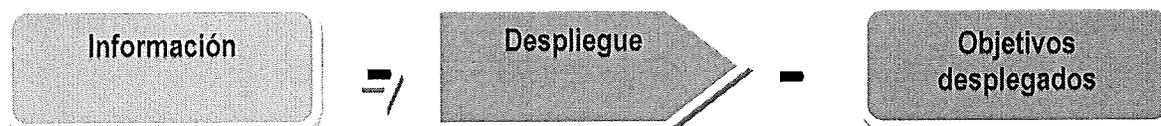
Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Requisitos del cliente	Establecer la política de calidad	Política de calidad.	Política de calidad
Objetivos de la organización			
Política de calidad	Comunicar y verificar su comprensión	Estrategia de divulgación de la política	Política de calidad entendida y aplicada por el personal
Cambios en los requisitos del cliente	Revisar la política de calidad	Procedimiento de revisión gerencial	Nueva política de calidad
Cambios en los objetivos de la organización			

4.3 Planeación.

Despliegue de los objetivos de calidad.

La dirección define y despliega, con su grupo directivos, los objetivos de calidad que surgen de la política de calidad.

Proceso.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 15 de 46

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Requisitos del cliente Desempeño del proceso, producto y proveedores Política de calidad	Establecimiento y despliegue de los objetivos de calidad	Objetivos desplegados	Objetivos de calidad por líneas de producto, funciones y niveles jerárquicos

4.3.1 Planeación del sistema de gestión de la calidad.

La dirección garantiza la planeación e implementación del sistema de gestión de calidad de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA según los estándares de acreditación en salud "Resolución 5095 de 2018" y a lo establecido por la NTC GP 1000, así como la revisión del sistema, cuando se presenten cambios que lo afecten, para mantener su continua adecuación y efectividad.

Proceso.



Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Resolución 5095 de 2018 – NTCGP 1000 Procesos de la organización	Implementación del sistema de gestión de calidad	Manual de calidad	Sistema de gestión de la calidad según Resolución 5095 de 2018 – NTCGP 1000
Nuevas regulaciones Nueva versión de la Normas Nuevas disposiciones regulatorias Nuevos requisitos del cliente Innovaciones o mejoras tecnológicas Nuevos productos y servicios	Revisar y, cuando sea adecuado, adaptar el sistema de gestión de la calidad	Revisión gerencial	Sistema de gestión de la calidad según Resolución 5095 de 2018 – NTCGP 1000

4.4 Responsabilidad, autoridad y comunicación.

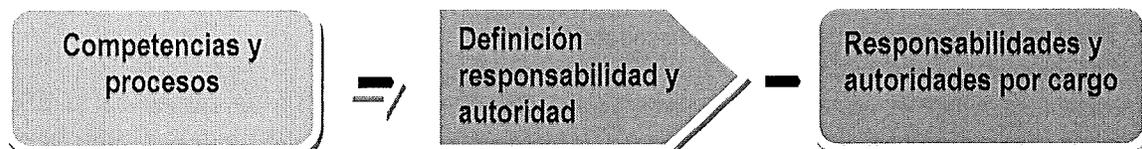
4.4.1 Responsabilidad y autoridad.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 16 de 46

La dirección define el nivel de responsabilidad (función) y autoridad (toma de decisión) de todos los niveles jerárquicos y funciones para asuntos relacionados con la calidad, incluyendo las de su representante en asuntos de calidad.

Proceso.



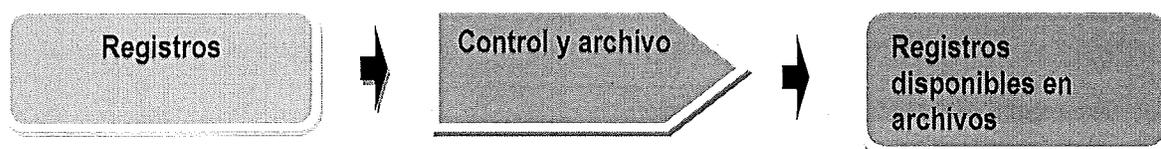
Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Competencias del grupo directivo	Selección del representante de calidad	Acta de nombramiento de representante de calidad	Nombramiento y comunicación del representante de calidad
Funciones del representante de calidad (Resolución 5095 de 2018 – NTCGP 1000)			
Procesos de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA por actividad	Definición de responsabilidades y autoridades	Manual de funciones y responsabilidades	Responsabilidades y autoridad para todos los empleados involucrados en el sistema de gestión de la calidad
Procesos de medición		Organigrama	
Niveles funcionales y jerárquicos			

4.5 Comunicación interna.

La dirección de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA garantiza que se establezcan y mantengan los adecuados canales de comunicación interna para garantizar la efectividad del sistema de gestión de la calidad, para lo cual se ha diseñado e implementado un manual de imagen corporativa, así como el plan de medios institucional.

Proceso:

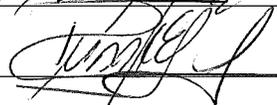


Actividades.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 17 de 46

Entradas	Procesos	Salidas
Política de calidad	Definición en el grupo de dirección	Política de calidad
	Comunicación y evaluación de comprensión al personal	Personal con comprensión de la política de calidad
Objetivos de calidad	Definición en el grupo de dirección	Objetivos de calidad
	Despliegue a través de los grupos naturales de la organización	Objetivos desplegados de calidad
	Inclusión en la planeación de los procesos de producción y servicio	Objetivos de calidad por líneas de producto, función y nivel
Requisitos del cliente	Definición en el contrato, orden o pedido	Contrato, orden o pedido
	Información en la orden de producción, programa de producción o proyecto	Orden de producción, programa de producción o proyecto
Quejas, reclamos y feedback del cliente	Recolección por parte del área de atención al usuario y/o servicio	Información recolectada
	Análisis de la información	Información analizada
	Comunicación a las áreas afectadas	Información disponible para las áreas afectadas
	Toma de acción correctiva y/o preventiva	Acción correctiva y/o preventiva
	Comunicación al cliente de la acción tomada	Cliente informado de la acción tomada
Documentos y registros de calidad	Control y distribución	Documentos y registros controlados en los sitios de uso (información actualizada)
Solicitudes de acciones correctivas de auditorías internas y externas	Resolución por parte del área afectada	Problemas de calidad resueltos y/o mejorados y/o pendientes
Problemas de calidad resueltos y/o mejorados y/o pendientes	Comunicación a la dirección de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	Dirección informada sobre el estado del sistema de gestión de la calidad
Dirección informada sobre el estado del sistema de gestión de la calidad	Análisis del estado de gestión de la calidad	Acciones correctivas y/o preventivas de parte de la dirección

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

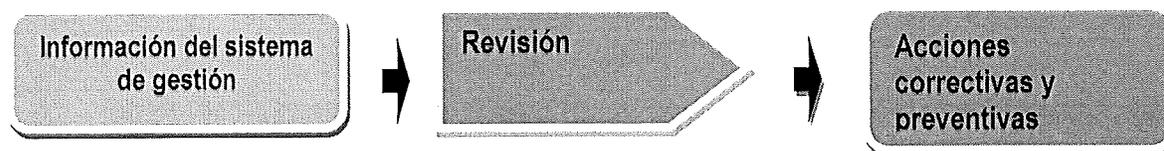
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 18 de 46

Acciones correctivas y preventivas	Resolución por parte del área afectada	Problemas de calidad resueltos y/o mejorados y/o pendientes
Problemas de calidad resueltos y/o mejorados y/o pendientes	Comunicación a la dirección de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	Dirección informada sobre el estado del sistema de gestión de la calidad
Dirección informada sobre el estado del sistema de gestión de la calidad	Análisis del estado de gestión de la calidad	Acciones correctivas y/o preventivas de parte de la dirección
Requisitos del proceso de producción y servicio	Definición de los requisitos de los insumos y subcontratos	Requisitos de los insumos y subcontratos
Requisitos de los insumos y subcontratos	Comunicación a los proveedores y subcontratistas	Ordenes de compra o contratos
Cumplimiento de los requisitos de los insumos o subcontratos por parte de los proveedores	Análisis de los datos y comunicación a los proveedores con solicitud de acción correctiva	Evaluación de los proveedores
Evaluación de los proveedores	Análisis de las causas de incumplimientos	Acciones correctivas tomadas
Responsabilidad y autoridad	Inclusión en los procedimientos	Procedimientos
Nivel de competencia requerida por el personal		
Necesidades de desarrollo de competencias	Levantar las necesidades de competencia	Inventario de necesidades
	Diseñar el plan de entrenamiento	Plan de entrenamiento
Entrenamiento	Evaluar la efectividad del entrenamiento	Acciones correctivas para el entrenamiento

4.6 Revisión del sistema de gestión de la calidad.

La dirección de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA revisará anualmente el sistema de gestión de la calidad para verificar su efectividad.

Proceso.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

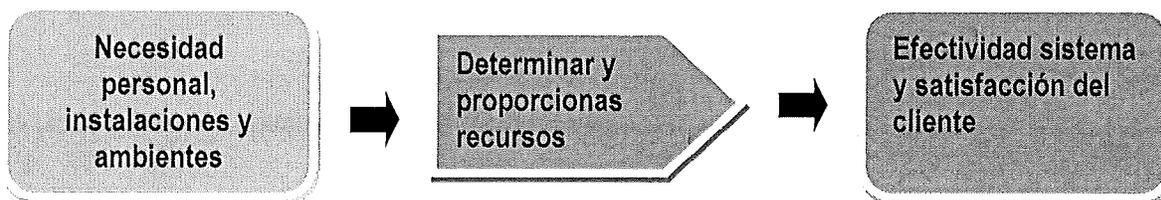
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 19 de 46

Actividades:

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Resultados de auditorías	Revisar el sistema de calidad periódicamente	Procedimiento de revisión gerencial	La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos
Retroalimentación de los clientes			
Desempeño de los procesos y conformidad del producto			
Situación de las acciones correctivas y preventivas			La mejora del producto con relación a los requisitos del cliente
Acciones complementarias derivadas de las revisiones anteriores			
Cambios planificados que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad			Las necesidades de recursos.

4.7 Gestión de los recursos.

Proceso.



4.7.1 Gestión del recurso humano.

La E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará el recurso humano en función de sus competencias requeridas (educación, formación, habilidades y experiencia) y de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019 y la resolución 5095 de 2018 y la conciencia de la importancia de su trabajo en la calidad, la satisfacción del cliente y la mejora continua.

Actividades.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 20 de 46

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Procesos	Definición de competencias	Plan de carrera (completar información)	Competencias requeridas
Competencias requeridas	Selección y enganche		Personal con competencias requeridas
Personal con competencias requeridas	Definición de necesidades de formación	Plan de procesos	Plan de entrenamiento
Plan de entrenamiento	Ejecución del plan y evaluación	Plan de entrenamiento (completar información)	Personal entrenado y consciente.

4.7.2 Gestión de las instalaciones.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará sus instalaciones (edificios, espacios de trabajo, servicios asociados, equipos, software, transporte y comunicaciones) en función de su capacidad continua de producción y a los requerimientos establecidos para instituciones de salud. (Resolución 2003 de 2014 "Sistema Único de Habilitación" – Resolución 4445 de 1995 "Infraestructura de Servicios de Salud").

Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Procesos	Definición instalaciones	Plan de procesos Presupuesto	Instalaciones requeridas
Instalaciones requeridas	Mantenimiento	Plan de mantenimiento	Capacidad de producción continua

4.7.3 Gestión del ambiente de trabajo.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará su ambiente de trabajo, psíquico y físico, en función apoyar la calidad de los procesos.

Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Procesos	Definición de ambientes físicos y psíquicos de trabajo	Plan de proceso Presupuesto	Ambiente físico y psíquico adecuado
Ambiente físico y psíquico adecuado	Mantenimiento	Plan de mantenimiento	Ambiente físico y psíquico adecuado mantenido

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 21 de 46

5. GESTIÓN DEL PROCESO DE PRODUCCIÓN Y SERVICIO.

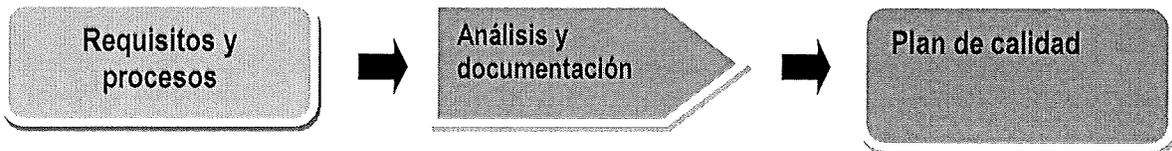
5.1 Planeación del proceso de producción y servicio.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA planifica sus procesos de producción y servicio en función de controlar la calidad, buscar la satisfacción del cliente y mejorar continuamente. Esta planificación incluye:

- Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.
- La necesidad de establecer procesos y documentación y proporcionar recursos e instalaciones especificadas para el producto.
- Actividades de verificación y validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto, así como los criterios de aceptación del mismo.
- Los registros necesarios para proporcionar evidencia de la conformidad de los procesos y de los productos resultantes.

Para ello la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA implementará un plan de calidad.

Proceso.



Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Procesos	Planeación de los procesos	Plan de procesos	Plan de calidad
Objetivos de calidad			
Cambios que afectan el sistema de calidad	Revisión del plan de calidad	Revisión gerencial	Plan de calidad actualizado

5.2 Gestión de los procesos relacionados con el cliente.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará los procesos relacionados con el cliente de manera que se garantice su satisfacción y la mejora continua de los procesos en función de esa satisfacción.

Esta gestión incluye la definición de los sistemas de comunicación, el levantamiento de las necesidades del cliente, la definición de la capacidad de cumplimiento de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA y en control de los cambios a las órdenes, contratos o pedidos que afecten la prestación de los servicios de salud.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

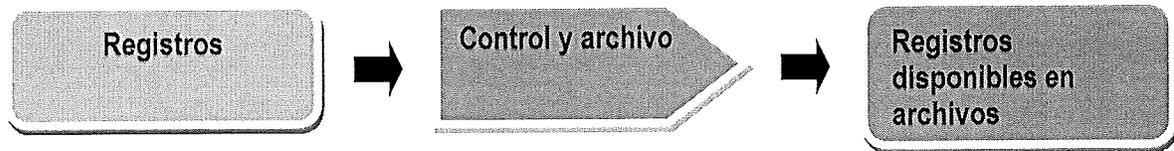
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 22 de 46

5.3 Sistemas de comunicación.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA definirá los sistemas de comunicación con el cliente, relativas a:

- La información sobre el producto.
- El tratamiento de inquietudes, contratos o pedidos, incluyendo las modificaciones.
- La retroalimentación del cliente, incluyendo reclamaciones.

Proceso.



Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Necesidades del cliente	Levantamiento de necesidades	Procedimiento de ident. necesidades	Requisitos del producto y servicio
Requisitos del producto y servicio	Definición de la capacidad de cumplir con los requisitos	Proced. De capacidad de prestación	Capacidad de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA de cumplir los requisitos del cliente
Capacidad de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA			
Características producto y servicio			
Modificaciones	Definición de la capacidad de cumplir con la modificación	Procedimiento de modificación de contrato	Capacidad de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA para cumplir con la modificación
Capacidad de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA			
Características producto y servicio			
Retroalimentación, queja o reclamo	Manejo de la información del cliente	Procedimiento de quejas y reclamos	Respuesta de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA
Información sobre el producto	Publicidad	Plan de comunicaciones con el cliente	Cliente informado

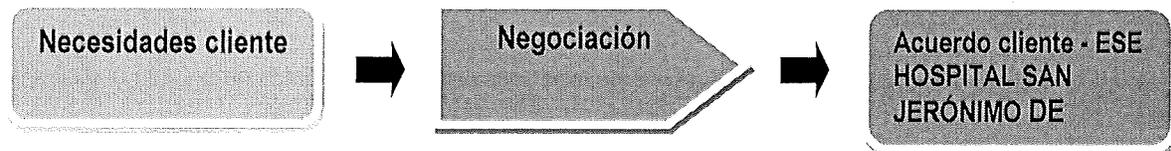
Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 23 de 46

5.4 Proceso contractual.

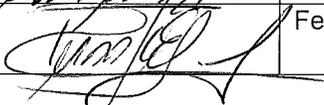
ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará el proceso contractual de manera que los requisitos del producto o servicio satisfagan plenamente al cliente y ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA tenga información confiable sobre el nivel de satisfacción de sus clientes.

Proceso.



Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Necesidades del cliente	Levantamiento de necesidades del cliente	Procedimiento de ident. necesidades	Requisitos del contrato
Requisitos técnicos y de seguridad			
Requisitos reglamentarios			
Requisitos del contrato	Definición de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA de cumplir con los requisitos del contrato	Proced. De capacidad de prestación	Contrato
Capacidad de respuesta al contrato			
Características del producto y servicio			
Pedido, orden o contrato	Programar la ejecución del contrato	Procedimiento para inicio del desarrollo de contrato	Orden de trabajo, programa de producción
Programa de producción			
Orden de trabajo, programa de producción	Modificar el contrato	Procedimiento de modificación del contrato	Producto o servicio ejecutado según requisitos del cliente
Modificaciones al pedido, orden o contrato			
Quejas, reclamos y retroalimentación del cliente	Análisis	Procedimiento de quejas y reclamos	Respuesta efectiva al cliente
Percepción del cliente sobre los productos y servicios de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	Estudios de mercado	Procedimiento de medición y análisis de satisfacción del cliente	Medición de la satisfacción del cliente

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 24 de 46

5.4.1 Gestión del diseño y desarrollo del producto y servicio.

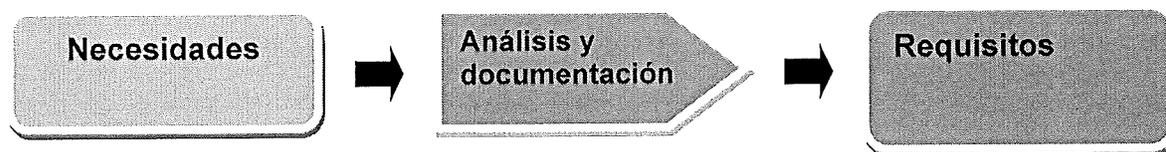
ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará adecuadamente el diseño y desarrollo de sus productos y servicios en función de la satisfacción del cliente y la mejora continua, así como a las necesidades del mercado con respecto a los servicios de salud ofertados y habilitados por las diferentes instituciones de salud.

Datos de entrada.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA definirá adecuadamente los datos de entrada al diseño y desarrollo, incluyendo:

- Los requisitos funcionales y de desempeño.
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
- La información aplicable proveniente de diseños previos similares.
- Cualquier otro requisito esencial.

Proceso.



Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Necesidades del cliente	Levantamiento de necesidades		Requisitos funcionales y de desempeño del diseño y desarrollo
Información legal y reglamentaria	Definición legal y reglamentaria		Requisitos legales y reglamentarios
Información D&D anteriores	Definición esquema del D&D		Esquema de D&D revisado

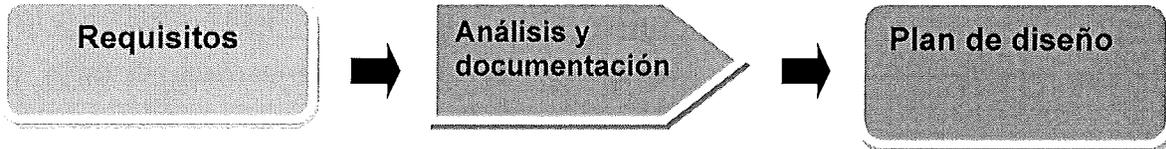
5.5 Planeación del diseño y desarrollo.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA planificará las actividades del diseño y desarrollo de sus productos y servicios, incluyendo las interfases con el cliente, proveedores y las distintas áreas funcionales de la ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, buscando que los datos de salida satisfagan plenamente los datos de entrada;

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA también buscará a través de la planificación del diseño y desarrollo de sus productos y servicios la mejora continua de estos.

Proceso.



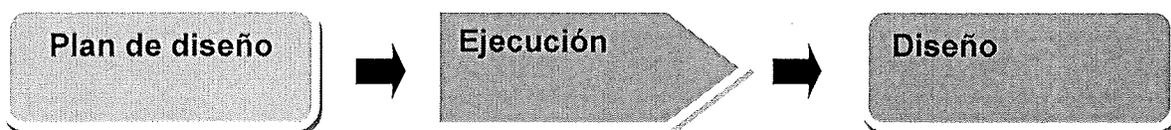
Actividades.

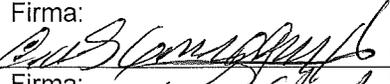
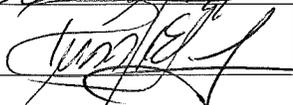
Entradas	Procesos	Salidas
Requisitos funcionales y de desempeño del diseño y desarrollo	Planeación del diseño y desarrollo	Plan del diseño y desarrollo
Requisitos legales y reglamentarios		
Esquema de D&D revisado		
Participantes en el D&D y perfil		
Actividades operativas a realizar		
Actividades de inspección a realizar		
Actividades de control a realizar		
Actividades de control a los cambios (actualización)		

5.6 Ejecución y control del diseño y desarrollo.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA ejecutará y controlará el diseño y desarrollo de sus productos y servicios de manera que se cumpla lo planificado; para esta ejecución y control revisará, verificará, validará y controlará los cambios que se introduzcan buscando satisfacer al máximo los datos de entrada.

Proceso.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 26 de 46

Actividades.

Entradas	Procesos	Salidas
Plan del diseño		Contratación de los recursos
Recursos contratados		Ejecución del diseño y desarrollo
Ejecución del diseño y desarrollo	Revisiones	Diseño y desarrollo según lo planificado
Plan del diseño y desarrollo	Verificaciones	
	Validaciones	
	Control de los cambios	

Datos de salida del diseño y desarrollo.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA definirá y documentará los datos de salida de sus diseños y desarrollo de productos y servicios de manera que:

- Se pueda verificar el cumplimiento con los requisitos de entrada.
- Proporcionen la información apropiada para las operaciones de producción y de servicio.
- Contengan o hagan referencia a los criterios de aceptación para el producto.
- Se definan las características que son esenciales para su uso seguro y apropiado.

Proceso.



Actividades.

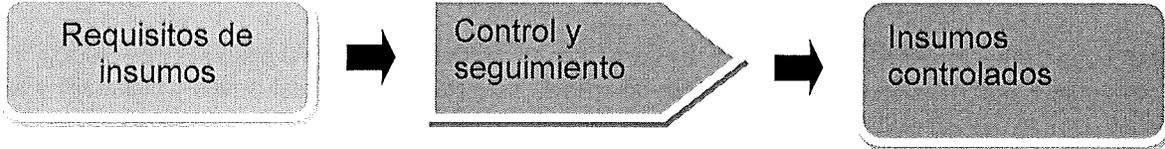
Entradas	Procesos	Salidas
Diseño y desarrollo según lo planificado	Definición de los datos de salida del diseño y desarrollo	Informe cumplimiento requisitos datos de entrada
Datos de entrada		Manuales de producción
		Criterios de aceptación del producto
		Información de uso

5.7 Gestión de compras y subcontrataciones.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará la compra de los insumos y la subcontratación de los servicios de manera que cumplan con los requisitos especificados y mejoren continuamente sus proveedores de insumos y servicios.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

Proceso.



Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Insumos y servicios subcontratados por ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	Definición de los insumos y subcontratos críticos	Plan de compras	Insumos y servicios subcontratados que afectan la calidad
Insumos y servicios subcontratados que afectan la calidad	Definición de los requisitos de los insumos y subcontratos		Requisitos de los insumos y servicios subcontratados
Requisitos de los procesos Requisitos de los insumos y servicios subcontratados	Definición de los criterios de selección de proveedores y subcontratistas		Criterios que deben cumplir los proveedores de insumos y servicios
Criterios que deben cumplir los proveedores de insumos y servicios	Selección de proveedores y subcontratistas	Plan de compras	Proveedores de insumos y servicios seleccionados
Proveedores potenciales de insumos y servicios		Listado de proveedores aprobados	
Proveedores de insumos y servicios seleccionados	Tramitación de ordenes de compra y contratos	Procedimiento de compra Formatos de orden de compra Contratos con prestadores	Ordenes de compra, contratos
Requisitos de los insumos y servicios subcontratados			
Insumos o subcontratos entregados	Inspección de los insumos y subcontratos	Procedimiento de inspección Plan de inspección	Insumos o subcontratos aceptados
			Insumos o subcontratos rechazados
Información sobre el cumplimiento de los criterios por proveedor	Evaluación de los proveedores y subcontratistas	Procedimiento de evaluación de proveedores	Evaluación de los proveedores

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 28 de 46

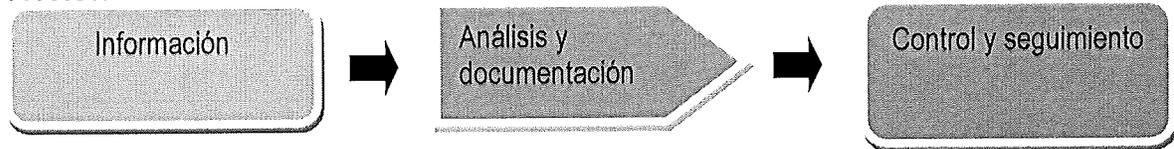
5.8 Gestión de las operaciones de producción y prestación del servicio.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA gestionará las operaciones de producción y prestación del servicio de manera que se cumplan los planes de calidad, los datos de salida del diseño y desarrollo y se alcance la satisfacción del cliente y se mejore continuamente.

Identificación y trazabilidad del producto y servicio.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA identificará su producto y servicio adecuadamente y definirá un proceso para rastrear el producto y servicio a través de todas las fases de producción y prestación del servicio en caso de ser necesario.

Proceso.



Actividades.

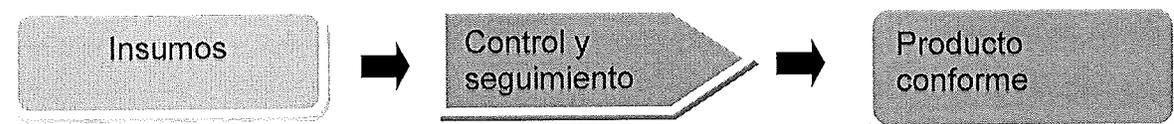
Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Productos y servicios	Identificar productos y servicios	Resolución 1995 de 1999	Productos y servicios identificados
Sistema de identificación			
Sistema de identificación	Definir sistema de seguimiento	Manual de manejo Historias clínicas	Proceso de seguimiento

Control de las operaciones de producción y prestación del servicio.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA llevará a cabo sus operaciones de producción y prestación de servicio de manera controlada, incluyendo:

- La disponibilidad de información que especifique las características del producto.
- Donde sea necesario, la disponibilidad de procedimientos documentados.
- El uso del equipo apropiado para las operaciones de producción y servicio.
- La disponibilidad y el uso de equipos de medición y seguimiento.
- La implementación de actividades de seguimiento y medición, y
- La implementación de procesos definidos para la liberación, entrega y –si es aplicable- actividades posteriores a la entrega.

Proceso.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

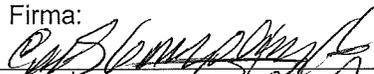
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 29 de 46

Actividades:

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas	
Información que especifique las características del producto.	Ejecución y control de las operaciones de producción y servicio	Plan de procesos	Producto conforme separado del producto no conforme	
Procedimientos documentados de operación, inspección, manejo, almacenamiento, empaque, manejo de productos no conformes, manejo de bienes del cliente y disposiciones para la liberación del producto.		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
Instalaciones y ambiente de trabajo adecuado		Plan de proceso Presupuesto Inventario de instalaciones y ambiente. Plan de mantenimiento		
Equipos de medición adecuados				
Personal adecuadamente calificado.		Plan de proceso		
Medición y seguimiento de los procesos de operación		Plan de proceso Cartilla de control de calidad Auditorías internas en salud.		Registros de conformidad o no del proceso operativo
Medición y seguimiento de los productos				Registros de conformidad o no del producto

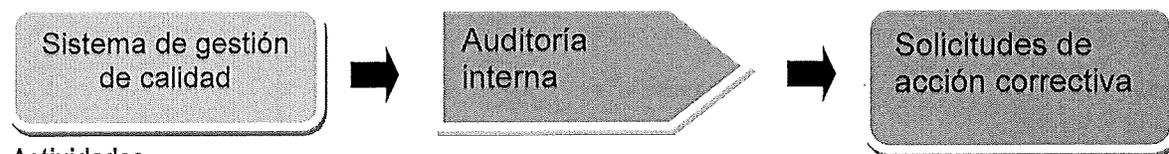
Auditoría, análisis y mejora.

Auditoría del SGC.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 30 de 46

Proceso



Actividades.

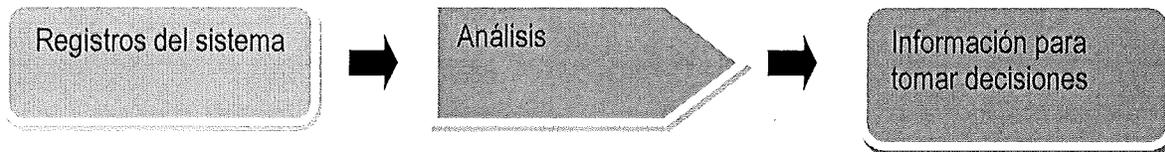
Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Criterios de selección de auditores internos del SGC	Evaluación y selección	Criterios de calificación de auditores internos del SGC	Auditores internos seleccionados
Personal de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA			Auditores internos formados
Criterios de formación			
Auditores internos seleccionados			
Procesos del sistema de gestión de la calidad de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	Planeaciones auditorias	Procedimiento de auditorías internas del SGC	Plan de auditorías
Norma ISO 9001			
Plan de auditorías	Programación de auditoría	Procedimiento de auditorías internas del SGC	Cronograma auditoría
Auditores internos formados			Lista de verificación
Cronograma auditoría	Ejecución de la auditoría	Procedimiento de auditorías internas del SGC	Solicitudes de acción correctiva aceptadas con acción correctiva propuesta
Lista de verificación			
Responsables de áreas de ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA			
Solicitudes de acción correctiva aceptadas con acción correctiva propuesta	Seguimiento a la auditoría	Procedimiento de auditorías internas del SGC	Solicitudes de acción correctiva aceptadas con acción correctiva implantada

Análisis de datos.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA determina, recopila y analiza los datos apropiados para determinar la conveniencia y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para identificar dónde pueden realizarse mejoras. Esto incluye datos generados por las actividades de medición y seguimiento y por cualquier otra fuente pertinente.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

Proceso.



Actividades.

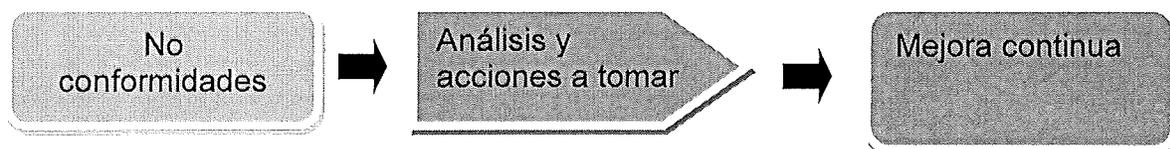
Entradas	Procesos	Salidas
Medición de la satisfacción del cliente	Análisis de datos	Niveles de satisfacción del cliente
Evaluación de los proveedores		Estado de los proveedores
Registros de conformidad o no conformidad del proceso operativo		Características y tendencias de procesos
Registros de conformidad o no conformidad del producto		Características y tendencias de productos
Quejas y reclamos de clientes		Estado de implantación del sistema de gestión de calidad
Solicitudes de acción correctiva aceptadas con acción correctiva propuesta		
Solicitudes de acción correctiva aceptadas con acción correctiva implantada		

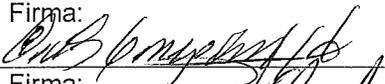
5.9 Mejora.

Acciones correctivas.

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA adopta acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades con el fin de prevenir su recurrencia. Las acciones correctivas deben ser apropiadas al impacto de los problemas encontrados.

Proceso.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 32 de 46

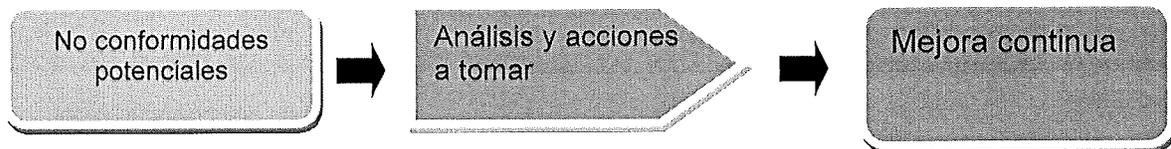
Actividades.

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
Reporte de no conformidades	Análisis de causas, evaluación de necesidad de implantación de acciones correctivas, implantación de acciones correctivas	Procedimiento de acciones correctivas	Solicitud de acción correctiva
Solicitudes de acción correctiva	Seguimiento		Mejoramiento continuo

Acciones preventivas:

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA adopta acciones preventivas para eliminar las causas potenciales de las no conformidades con el fin de prevenir su recurrencia. Las acciones preventivas adoptadas deben ser apropiadas al impacto de los problemas potenciales.

Proceso:



Actividades:

Entradas	Procesos	Referencia documental	Salidas
No conformidades potenciales	Análisis de causas, evaluación de necesidad de implantación de acciones preventivas, implantación de acciones correctivas	Procedimiento de acciones preventivas	Solicitud de acción preventiva
Solicitudes de acción preventiva	Seguimiento		Mejoramiento continuo

6. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DE CALIDAD

OBJETO:

Estandarizar el procedimiento, mediante el cual se lleva a cabo la aprobación, emisión, distribución, revisión, modificación, actualización, identificación de cambios y del estado de revisión de documentos y registros de calidad tanto internos como externos, que permita lograr un control sobre los mismos, garantizando su

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 33 de 46

legibilidad, identificación y custodia, además de un uso adecuado de la información.

ALCANCE:

Aplica a todas las áreas de la empresa involucradas en el Sistema de Gestión de la Calidad, en los siguientes documentos: Manuales de la Calidad, Planes de la Calidad, Especificaciones, Guías de Atención, Procedimientos Documentados, Instrucciones de Trabajo, Instructivos de Formato, Planos y Registros de Calidad.

DEFINICIONES Y TERMINOLOGIA:

Copia controlada: Son todos los documentos que se distribuyen a las diferentes áreas de la empresa y que adicionalmente se incluyen en un listado maestro de documentos que posee cada área y en forma centralizada en la oficina de Gestión de Calidad. Estos documentos se identifican con el sello de "Copia Controlada".

Copia No controlada: Documento al cual se puede usar como referencia y no tiene validez como documento controlado. Este tipo de documento se identifica con el sello "Copia No Controlada".

Documento: Cualquier papel o archivo electrónico que permite la comunicación y la coherencia de la acción del Sistema de Gestión de Calidad.

- **Manuales de Calidad:** Documentos que proporcionan información coherente, interna y externamente, acerca del sistema de gestión de la calidad.
- **Planes de la Calidad:** Documentos que describen cómo se aplica el sistema de gestión de la calidad a un servicio, proyecto o contrato específico.
- **Especificaciones de Calidad:** Documentos que establecen requisitos del sistema de gestión de la calidad.
- **Guía de Atención:** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública.
- **Procedimientos Documentados:** Documentos que proporcionan información específica sobre cómo efectuar las actividades y los procesos de manera coherente, en esta modalidad se pueden incluir las instrucciones de trabajo y planos.
- **Registro de Calidad:** Tipo especial de documento, el cual proporciona evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos, se construyen al momento de ser diligenciados los formatos. En este procedimiento cuando se hable de documentos se dan por incluidos los registros, salvo en los casos específicos cuando se hable de estos en particular.
- **Documentos Externos:** Documentos emitidos por entidades, empresas u organizaciones Estatales o particulares que provean información importante para la empresa; en esta categoría clasifican las Leyes, Decretos, Resoluciones y Circulares emitidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Planeación Nacional, la Función Pública, entre otros.
- **Instructivo de formato:** Instrucción que indica los pasos para diligenciar toda la información exigida en los formatos.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 34 de 46

Control Maestro de documentos: Listado General de documentos en el que se incluye como mínimo el código del documento, el nombre y la última fecha de revisión del mismo.

Período de retención: Tiempo especificado para el almacenamiento de registros de calidad.

El cambio o actualización de un documento, sólo la puede autorizar el Jefe del área que lo elabora y por escrito, ante el Responsable del Control de Documentos en la Oficina de Gestión de Calidad de la ESE.

RESPONSABLE DEL PROCESO.

El control de los documentos de calidad de la institución está bajo la responsabilidad del Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de Calidad, en la Oficina de Gestión de Calidad.

SUBORDINACION.

Gerencia

PRODUCTO O SERVICIO.

Documentos y Registros de Calidad Internos y Externos controlados de forma eficiente, garantizando su legibilidad, identificación, custodia y un uso adecuado de la información.

RECURSOS:

- Tecnológicos: Equipos de Cómputo.
- Logísticos: Papelería.
- Físicos: Equipos de oficina.
- Humanos: Responsable del proceso, Responsable de control de documentos.

ELEMENTOS DE ENTRADA AL PROCESO:

Emisión de documentos y registros de calidad nuevos o actualizados de carácter interno o externo.

ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO:

Documentos y Registros de Calidad Internos y Externos bajo control, registrados en el Control o Listado Maestro de Documentos.

PARAMETROS DEL CONTROL:

- **INDICADORES**
 - N° Total de documentos y registros de calidad incluidos en el Control Maestro de Documentos / N° Total de documentos y registros de calidad que hay en la Institución X 100

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

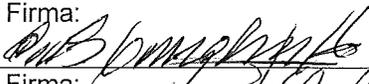
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 35 de 46

- N° Total de documentos y registros de calidad que cuentan con código / N° Total de documentos y registros de calidad que hay en la Institución X 100.

ACTIVIDADES:

- **DOCUMENTO NUEVO Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO.**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE
Entrega de documento nuevo o actualizado.	Una vez elaborado o actualizado un documento que haga parte del Sistema de Gestión de Calidad, es codificado por el Profesional de Planeación y Gestión de Calidad quien es responsable del Control de Documentos, cuando se trata de una actualización se codifica cambiándole la versión.	Área donde se elabora el Documento.	Jefe del área que elabora el Documento.
Ajuste del documento a normas de calidad.	El responsable del Control de Documentos le da el formato de presentación adecuado al documento de tal manera que cumpla las especificaciones técnicas del SGC, lo imprime, se asegura de su legibilidad, ajuste a la normatividad vigente, correcta codificación y lo entrega para ser sometido a revisión y aprobación.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional de Planeación y Gestión de Calidad.
Revisión del documento.	El subgerente o jefe de área que revisa coloca su firma y fecha de revisión, en la casilla correspondiente ubicada en cada página del documento. La Subgerencia encargada de la revisión se determina de acuerdo con el origen del documento.	Subgerencia Correspondiente.	Subgerente Correspondiente.
Aprobación del documento.	Una vez revisado el documento, al Gerente lo aprueba en cuanto a su adecuación, colocando su firma y fecha de aprobación, en la casilla correspondiente ubicada en el pie de página.	Gerencia.	Gerente.
Correcciones y custodia del documento.	Si en la fase de revisión y aprobación se efectúan cambios o correcciones, estos son ejecutados por el responsable del control de documentos, a quien le compete custodiar el documento final en su última versión.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional de Planeación y Gestión de Calidad.
Registro del documento.	Se ingresa el documento o registro emitido al <u>Control Maestro de Documentos de Calidad</u> o al <u>Control Maestro de Registros de Calidad</u> respectivamente, en donde se describe el nombre del documento o registro, área, año elaboración, año de revisión, la versión y la fecha en que se aprueba, por último, se escribe el nombre completo del cargo de quien(es) debe(n) tener el documento o registro en la casilla destinatario, en caso de ser	Gestión de Calidad.	Coordinador de Calidad.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 36 de 46

	actualización se registran los cambios efectuados. Para la emisión del documento este debe contar con la firma de quien reviso y aprobó, junto con la fecha en que dicha acción se realizó.		
Anulación de Copias.	Cuando se actualiza un documento las copias de las versiones anteriores son recogidas y se establece en el control maestro de documentos la especificación en la casilla de anulado, para identificar que el documento ya no se encuentra habilitado en el Sistema de Gestión de Calidad. De los documentos anulados se guardará una copia en el archivo de Gestión de Calidad para cumplir con requisitos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001, su duración será hasta dos actualizaciones.	Gestión de Calidad.	Coordinador de Calidad.

OTRAS ACTIVIDADES:

- **Control de documentos externos:**

Los documentos externos se registrarán de igual forma en el control maestro de documentos, donde se definirá la persona responsable de conocer la vigencia y los cambios de estos, con el objeto de informar al responsable del control de documentos para que lo actualice.

- **Distribución de los Documentos:**

Cuando un documento se encuentra listo (aprobado y en su última versión), el responsable del control de documentos archiva el original y obtiene copias, a las cuales coloca sello de "copia controlada" y las entrega a su(s) destinatario(s). En el momento de entregar el documento controlado al destinatario, registrará en el cuadro control de copias del documento, como evidencia de entrega y recibido.

- **Distribución de Copias No Controladas:**

En el caso que una sección requiera copia de un documento que no aplique en su proceso; se colocará en la parte inferior un sello de "Copia No Controlada", lo cual, no asegura que el documento se encuentre en su última versión y con el área que lo aplica. La persona que solicite el documento registrará con su firma legible en el cuadro control de copias.

- **Codificación de Documentos:**

La oficina de Planeación y Gestión de Calidad sea nuevo o actualizado, de acuerdo al consecutivo del control o listado maestro de documentos y teniendo en cuenta los parámetros establecidos en este procedimiento.

El responsable del control de documentos es la persona encargada de revisar la codificación realizada, teniendo en cuenta el consecutivo del control maestro los siguientes parámetros:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 37 de 46

Los documentos se codifican con una mezcla de caracteres numéricos y letras, divididos por puntos en tres (3) partes:

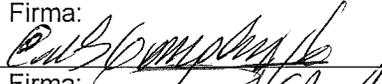
La primera parte está compuesta por una (01) letra, los cuales identifican al área a la que pertenece el documento acorde al organigrama general de la ESE HSJM, después de estos caracteres se coloca un punto separador.

Los dos caracteres siguientes corresponden a caracteres numéricos asignados al área, luego de un punto se ubican los tres (3) caracteres alfabéticos que corresponden al tipo de documento.

La parte final corresponde a la versión y consecutivo del documento iniciando con la numeración 001.

Para la codificación de documentos se utilizará la nomenclatura utilizada en la identificación de las áreas en el organigrama general de la E.S.E, así:

ÁREA	CODIGO
Junta Directiva	A.0
Revisoría Fiscal	A.01
Gerencia	A.1
Jurídica	A.2
Planeación y Gestión de Calidad	A.3
Comunicaciones y relaciones Publicas	A.4
Control Interno Disciplinario	A.5
Control Interno de Gestión	A.6
Gestión del Talento humano	A.7
Subgerencia Asistencial	B.0
Ambulatorio	B.1
Banco de Sangre	B.1.1
Urgencias	B.1.2
Consulta Externa	B.1.3
Referencia y Contra referencia	B.1.4
Internación	B.2
Hospitalización	B.2.1
UCI Adultos	B.2.2
UCI Neonatal y Pediátrica	B.2.3
Quirúrgica	B.3
Quirófanos	B.3.1
Central de Esterilización	B.3.2
Apoyo Diagnostico	B.4
Gastroenterología	B.4.1
Laboratorio Clínico	B.4.2
Imagenología	B.4.3
Patología	B.4.4
Cardiovascular	B.4.5

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 38 de 46

Enfermería	B.5
Auditoría Médica Concurrente	B.6
Servicio Farmacéutico	B.7
Investigación y Convenios Docencia Servicios	B.8
Subgerencia Administrativa y Financiera	C.0
Control Interno Contable	C.1
Contabilidad	C.2
Costos	C.2.1
Cuentas por Pagar	C.2.2
Presupuesto	C.3
Facturación	C.4
Admisiones	C.4.1
Autorizaciones	C.4.2
Cartera	C.5
Tesorería	C.6
Almacén y Suministros	C.7
Activos Fijos	C.7.1
Archivo General	C.8
Ambiente Físico y Gestión Tecnológica	C.9
Tecnologías de la Información y Comunicación	C.10
Seguridad	C.11
Alimentación	C.12
Servicios Generales	C.13
Lavandería	C.14

La clasificación de los documentos que se elaboran y registran en la institución llevan la siguiente nomenclatura:

- Políticas: POL.
- Procesos: PRO.
- Manuales: MAN.
- Planes: PLN.
- Protocolos: PRT.
- Guías: GUI.
- Instructivo: INS.
- Formatos: FOR.

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS:

Los documentos generados deben digitarse en Fuente Arial Narrow, tamaño 12 y espacio sencillo entre líneas, siguiendo para su presentación los parámetros establecidos por la empresa. Al momento de presentar el documento se deben tener en cuenta las siguientes normas:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 39 de 46

Hoja de cubierta, la cual es la hoja inicial de documentos voluminosos como manuales y guías. En la hoja inicial se coloca el Logotipo en tamaño grande, el nombre completo del documento, la versión del documento; y en la parte de abajo el año de emisión del documento.

El encabezado y el Cuadro de aprobación se ubican en la parte superior e inferior del documento respectivamente, constando de los siguientes elementos:

Encabezado: Logo institucional, Nombre del manual al que pertenece, Nombre del documento, Fecha de elaboración, Código y Numeración de Páginas. Se ubica en todas las páginas del documento.

Cuadro de aprobación: Ubicado al Final de la página contiene cargo de quien revisa y aprueba con sus respectivas firmas y fechas. Se ubica en todas las páginas del documento.

Adicionalmente el documento debe incluir:

- **Cuadro de Revisiones.**

El responsable del control de documentos es la persona encargada de diligenciar el cuadro de revisiones, el cual se realiza en la última página del documento, describiéndose a continuación:

VERSIÓN	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

Casilla (1) El número de la versión es el número del documento que identifica la emisión, cambios, o cancelaciones realizadas al mismo. La versión se coloca en orden ascendente, iniciando con el número uno (1) para la primera, dos (2) para la segunda y así sucesivamente.

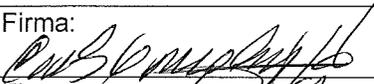
Casilla (2) Elaboró. En esta se anota el Cargo de la persona que elaboró el documento en su emisión original y su respectiva firma.

Casilla (3) Revisó. Se anota el Cargo de la persona que revisó el documento y su respectiva firma.

Casilla (4) Aprobó. En esta zona se anota el Cargo de la persona que aprueba el documento y su respectiva firma.

- **Control de Copias del Documento.**

El responsable del control de documentos es la persona encargada del control de copias de los documentos, anotando la versión del documento, el tipo de copia (controlada o no controlada), las áreas que reciben una copia del documento y la firma y fecha correspondiente de recibo por parte del Cargo que tiene la responsabilidad de implementarlo. El cuadro control de copias se diligencia en la última página para los documentos:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 40 de 46

VERSIÓN	TIPO DE COPIA	ÁREA O SECCIÓN	FECHA DE ELABORACION	FECHA DE REVISION

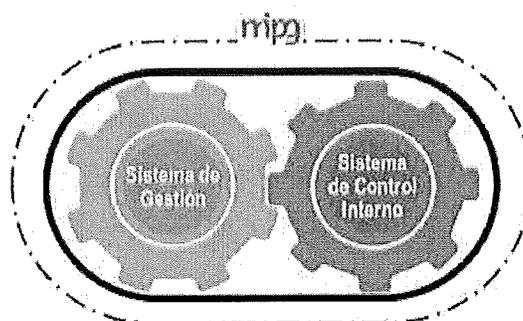
- **Descripción de los Cambios realizados al Documento.**

En el control de documentos se da una breve descripción del cambio realizado en el documento. El responsable del control de documentos se encargará registrar los cambios realizados a cada documento en la última hoja del mismo, de la siguiente manera:

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO

7. INTEGRACIÓN DEL SIG EN EL COMPONENTE OPERATIVO DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN VERSIÓN MIPG 2.

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema único se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

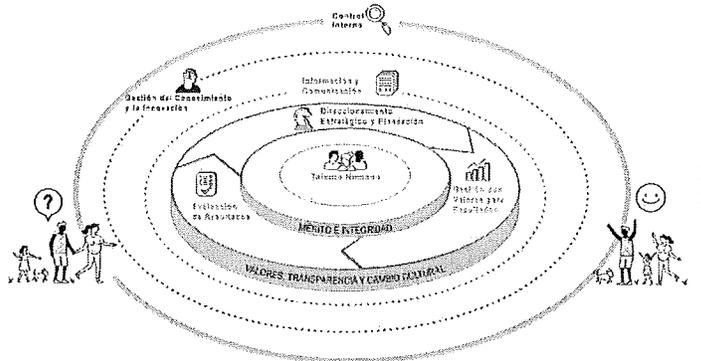


MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1499 de 2017.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 41 de 46

MIPG opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones, entre las cuales se encuentra el Talento Humano como corazón del Modelo; MIPG incorpora el ciclo de gestión PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar) y, adicionalmente, incluye elementos propios de una gestión pública moderna y democrática: la información, la comunicación, y la gestión del conocimiento y la innovación. El Control Interno



se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales.

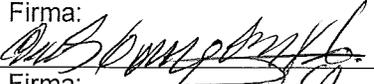
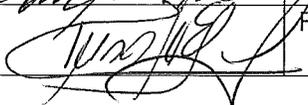
El Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. se define como el conjunto de políticas, estrategias, metodologías, principios, manuales, procedimientos, instructivos y mecanismos que tienen por objeto fortalecer el desempeño institucional, articular y alinear los sistemas de gestión para garantizar el cumplimiento de la misión, objetivos y alcanzar la satisfacción de las necesidades de los usuarios en el marco de la legalidad y la integridad.

El SIG aplica a todas las dependencias, y procesos de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería y está compuesto por cinco (5) Sistemas mutuamente interrelacionados y está articulado con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Nomenclatura	Sistema	Líder
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad	Responsable Planeación y Calidad
SIGA	Sistema Interno de Gestión Documental y Archivo	Subgerente administrativo y financiero
SGA	Sistema de Gestión Ambiental	Profesional de Gestión Ambiental
SSI	Sistema de Seguridad de la Información	Ingeniero de Sistemas
SGSST	Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Responsable Seguridad y Salud en el Trabajo

COMPROMISO DE LA GERENCIA FRENTE AL SIG:

La Gerencia de la E.S.E, se compromete a establecer, implementar, mantener, controlar y mejorar continuamente la eficacia del Sistema Integrado de Gestión para la prestación de Servicios de Salud, a través de la asignación de recursos y a la operativización de procesos transversales de mejoramiento continuo.

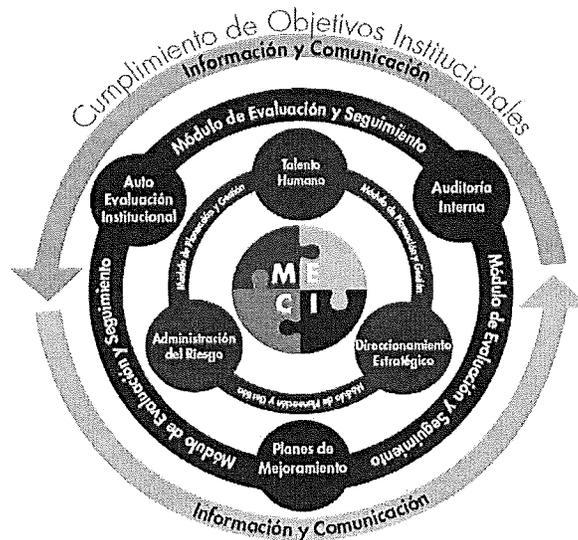
Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 42 de 46

El gerente proferirá los actos administrativos necesarios para la implementación, mejora continua y perfeccionamiento del SIG y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, será el responsable de definir las políticas y estrategias necesarias para el desarrollo e implementación, del SIG así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad.

ARTICULACIÓN DEL SIG CON EL MECI:

El modelo estándar de Control Interno – MECI, establece la metodología para el implementar el Sistema de Control Interno en las entidades públicas, la cual se compone de la siguiente manera:



Considerando que el MECI, es un modelo gerencial que le permite a la Entidad mantener y mejorar el Sistema de Control Interno, La E.S.E, a través del SIG integra los requisitos exigidos por el MECI, para cada uno de los Módulos, así:

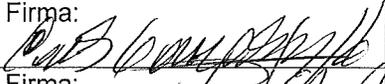
7.1 Modulo de Planeación y Gestión.

Componente	Elemento	Evidencia
Talento Humano	Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	Código de Excelencia Ética y Buen Gobierno
	Desarrollo del Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso de Talento Humano ✓ Manual de Funciones adoptado y modificado mediante resoluciones ✓ Plan Anual de Capacitación adoptado mediante resolución ✓ Manual de inducción y reinducción publicado en SIG ✓ Actividades de inducción y reinducción

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 43 de 46

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan Anual de Bienestar Social e Incentivos adoptado mediante resolución ✓ Guía para la evaluación del desempeño publicada en SIG ✓ Evaluaciones del desempeño y compromisos laborales establecidos
Direccionamiento estratégico	Planes, programas y proyectos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso de Direccionamiento Estratégico ✓ Elementos de Direccionamiento de la Entidad (Misión, Visión, Política y objetivos institucionales) adoptados ✓ Planes estratégico sectorial, estratégico y plan de acción institucional y Plan Anticorrupción, Atención y Participación Ciudadana alineados con las políticas de desarrollo administrativo ✓ Plan Anual de Adquisiciones ✓ Plan Anual Mensualizado de Caja PAC ✓ Indicadores de plan estratégico sectorial, plan estratégico y plan de acción, proyectos de inversión, procesos y riesgos. ✓ Acuerdos de gestión aprobados y publicados.
	Modelo de Operaciones por procesos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mapa de Procesos aprobado y publicado ✓ Procesos, procedimientos, manuales, lineamientos, guías y formatos revisados, aprobados y publicados ✓ Socialización de documentos desde el correo ✓ Encuesta de satisfacción de clientes anual
	Estructura Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organigrama general y funcional actualizados y publicados ✓ Manual de Funciones adoptado y modificado mediante resoluciones
	Indicadores de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimiento de Formulación, Registro y Análisis de Indicadores y Guía para el Seguimiento y Medición del SIG ✓ Indicadores de plan estratégico sectorial, plan estratégico y plan de acción, proyectos de inversión, procesos y riesgos. ✓ Reporte de Indicadores ✓ Presentaciones para el seguimiento de los indicadores del Plan Estratégico, dependencias y mapa de procesos ✓ Fichas de indicadores aprobadas en el SIG ✓ Presentación de los indicadores en el Comité Institucional de gestión y desempeño
	Políticas de Operación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual del Sistema Integrado de Gestión SIG ✓ Procesos con las políticas de operación aprobadas y divulgadas

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 44 de 46

Administración del riesgo	Políticas de administración del riesgo	<input checked="" type="checkbox"/> Lineamientos para la administración de riesgos con las políticas de riesgo publicadas <input checked="" type="checkbox"/> Publicación de mapa de riesgos institucional en la página web con las políticas
	Identificación del riesgo	<input checked="" type="checkbox"/> Matriz de contexto estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Riesgos identificados
	Análisis y valoración del riesgo	<input checked="" type="checkbox"/> Mapas de riesgos institucional, por proceso y de corrupción con análisis, valoración del riesgo, controles y monitoreo.

7.2 Modulo de Evaluación y Seguimiento.

Componente	Elemento	Evidencia
Autoevaluación institucional	Autoevaluación del Control y Gestión	<input checked="" type="checkbox"/> Proceso de Evaluación Control y Mejoramiento <input checked="" type="checkbox"/> Encuestas de autoevaluación de procesos <input checked="" type="checkbox"/> Talleres de autoevaluación para la formulación de planes de mejoramiento <input checked="" type="checkbox"/> Comité y Subcomités de Coordinación de Control Interno <input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento de formulación y seguimiento de la planeación estratégica sectorial e institucional <input checked="" type="checkbox"/> Informes de evaluación procesos y/o dependencias <input checked="" type="checkbox"/> Reporte de indicadores con su respectivo análisis <input checked="" type="checkbox"/> Encuesta del MECI <input checked="" type="checkbox"/> Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión FURAG
Auditoría interna	Auditoría interna	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento y manual de auditorías internas <input checked="" type="checkbox"/> Programa Anual de Auditoría aprobado por Comité de Coordinación de Control Interno <input checked="" type="checkbox"/> Informe ejecutivo anual de Control Interno
Planes de Mejoramiento	Planes de Mejoramiento	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento y guía para la formulación, seguimiento y evaluación de Planes de Mejoramiento <input checked="" type="checkbox"/> Planes de mejoramiento <input checked="" type="checkbox"/> Informe de eficacia de los planes de mejoramiento

7.3 Eje transversal información y comunicación:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020

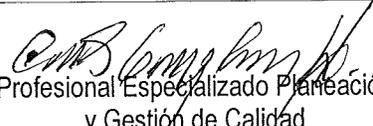
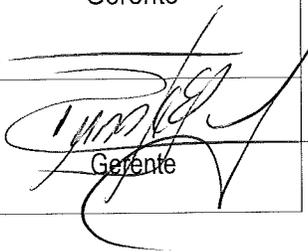
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 45 de 46

Elemento	Evidencia
Información y Comunicación interna y Externa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fuentes de información externa (Ventanillas de Recepción de Correspondencia, página web, Línea de quejas y reclamos, Buzón de Sugerencias, Link PSQR - Página Web, Redes Sociales (Facebook, Twiter), Entre Otros) ✓ Formulario de clasificación de la información ✓ Lineamientos, cronograma y resultados del ejercicio de rendición de cuentas publicados en página web ✓ Tablas de Retención Documental – TRD ✓ Política Editorial y Actualización de Contenidos Web publicado ✓ Lineamientos para la ejecución de acciones de participación ciudadana y rendición de cuentas
Sistemas de información y Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de Gestión de Correspondencia y Archivos Oficiales ✓ Intranet ✓ Página Web ✓ Aplicativos contratos SECOP ✓ Publicación de Hojas de Vida SIGEP ✓ Manual de Servicios Misionales ✓ Medios de acceso a la información (Página web, carteleras virtuales, buzón de sugerencias, entre otros)

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma: 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Diciembre de 2020	Código: A.3.MAN.001
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Página 46 de 46

CUADRO DE REVISIONES

versión	Elaboró	Revisó	Aprobó
1	Coordinador de Calidad	Subdirector Científico	Gerente
2	 Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Gerente	 Gerente

CONTROL DE COPIAS

Versión	Tipo de Copia	Área o Sección	Fecha Elaboración	Fecha revisión
1	Controlada	Subdirección Científica	Diciembre 2018	Diciembre 2020
1	Controlada	Gerente	Diciembre 2020	Diciembre 2022
2	Controlada	Planeación y Gestión de Calidad	Diciembre 2020	Diciembre 2022

Versión	Descripción del Cambio
1	Aplicación del documento
2	Actualización y aplicación del documento

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 16 de Dic de 2020