

Formato 1.1.2 Diagnóstico Gestión de Talento Humano - encuesta de opinión			
Componente: Ambiente de Control Elemento: Desarrollo de talento humano Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:			
Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe*	3	Se cumple aceptablemente
1	No se cumple	4	Se cumple en alto grado
2	Se cumple insatisfactoriamente	5	Se cumple plenamente
No	Afirmaciones	Valoración	
1	El diseño de los perfiles corresponde a la razón de ser de los cargos o empleos		
2	Los perfiles diseñados permiten la selección de los servidores idóneos de acuerdo con los requerimientos de los cargos o empleos		
3	Los procesos de inducción permiten que el nuevo servidor conozca la cultura de la entidad y todo lo relacionado con el ejercicio de sus funciones		
4	La entidad realiza diagnósticos sobre los requerimientos de personal para el desarrollo de sus planes, programas, proyectos o procesos		
5	Los procesos de reinducción permiten la actualización de todos los servidores en las nuevas orientaciones técnicas y normativas que afectan el quehacer institucional de la entidad		
6	La entidad adopta anualmente un plan institucional de formación y capacitación		
7	Son consultados los servidores sobre sus necesidades de capacitación, a través de encuestas o reuniones de trabajo		
8	La capacitación recibida contribuye al desarrollo de conocimientos y capacitación para un mejor desempeño en el puesto de trabajo		
9	La entidad adopta y ejecuta programas de bienestar social laboral		
10	La entidad adopta un plan de incentivos pecuniarios y no pecuniarios		
11	Se está o ya se diseña un sistema institucional de evaluación del desempeño que cumpla las orientaciones legales y los criterios dados por la Comisión Nacional del Servicio Civil		
12	Los resultados de la evaluación del desempeño sirven de insumo para programar acciones de capacitación y desarrollo de los servidores		
13	La entidad cuenta con mecanismos internos y/o externos para la selección de servidores del nivel gerencial		
14	Se evalúa la gestión de los gerentes públicos a través de los acuerdos de gestión		
15	Existen mecanismos de publicidad y difusión de las prácticas de gestión del talento humano		



	NOMBRE DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE PERSONAL		CÓDIGO 26L925 – F VERSIÓN
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	
			FECHA DE VIGENCIA

AREA O DEPENDENCIA:

A: Alta M: Media B: Baja

	NOMBRE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE PERSONAL	CÓDIGO 26L925 – I
	TIPO DOCUMENTO INSTRUCTIVO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL

VERSIÓN

FECHA DE VIGENCIA

Área o dependencia: Nombre del área donde se realizó el diagnóstico.

Plan, programa y/o Proyecto: que debe desarrollar cada área de trabajo o dependencia en el marco del plan de gestión institucional.

Tiempo del Plan: Programa y/o Proyecto: Tiempo dispuesto para que el cargo requerido desarrolle su labor en el plan, programa y/o proyecto.

Empleos requeridos:

- **Cantidad:** Número de cargos requeridos para el buen desarrollo del Plan, Programa y/o Proyecto; para su identificación se recomienda utilizar diferentes métodos de análisis de cargas de trabajo, instrumento que permite la determinación de las necesidades de personal de cada dependencia y la identificación de déficit o excedentes de cargos, a través de un conjunto de técnicas de medición de trabajos administrativos o tiempos de trabajo en oficinas, de acuerdo con las funciones asignadas a las unidades o dependencias. El número de cargos requeridos debe ir ligado al tiempo dispuesto en el plan, programa y /o proyecto. Para determinar este número se recomienda utilizar algunas técnicas para medir cargas de trabajo.
- **Identificación:** Denominación de empleos que se requieren de acuerdo con el Sistema de nomenclatura y clasificación de empleos vigente.
- **Carácter:** Duración de los empleos dependiendo de si son permanentes o temporales y definición de la jornada laboral de cada uno (Tiempo completo, medio tiempo, tiempo parcial).

Perfil del cargo: Habilidades y conocimientos específicos requeridos para el desarrollo de los planes, programas y proyectos

Prioridad: Se prioriza cada una de las necesidades identificadas con la importancia que represente su satisfacción, siendo A una prioridad Alta, M una prioridad media, B una prioridad Baja. La prioridad debe estar sujeta a la identificación del empleo y del tiempo dispuesto para la labor, ya que pueden existir cargos requeridos con tiempos dispuestos iguales, pero donde su prioridad no es la misma.

EN ESTE INSTRUMENTO AL REFERIRSE A CARGOS NOS REFERIMOS A ESTOS O A PERSONAS QUE SE REQUIERAN PARA PRESTAR DETERMINADO SERVICIO.



Dosquebradas

Estimado colaborador

Para la E.S.E Hospital Santa Mónica, es motivo de especial complacencia integrarlo a usted a esta institución, ya que tiene la certeza de que su permanencia en la entidad no sólo le ha de significar a usted desarrollo personal, familiar y profesional, sino a la entidad la posibilidad de prestar un mejor servicio, dadas sus condiciones humanas y profesionales.

En la E.S.E Hospital Santa Mónica, encontrará personas dispuestas a colaborarle en su proceso de inducción, con la seguridad de que en la medida en que usted se integre activamente al proceso, podrá adquirir un conocimiento adecuado del servicio, de la entidad y de su cargo, así como satisfacer mejor las expectativas.

Esperamos que su estadía sea fructífera y aporte crecimiento personal y profesional para usted y desarrollo sostenible para la empresa

Atentamente;

Gerente E.S.E Hospital Santa Mónica

¡Su bienestar, nuestro mayor compromiso!



Código N° 2818-1

Unidad de Atención e Información al Usuario
Coordinador a
Trabajadora Social Clara Inés Sánchez V.

El SIAU es la oficina de Atención e Información al usuario y está ubicada en la sala de espera de consulta externa; atiende a los usuarios personal o telefónicamente en asuntos tales como:

- *Horarios– Tarifas y Servicios
- *Apoyo en trámite de fórmulas que exceden tope de medicamentos
- *Apoyo al usuario para el trámite de paracéntricos
- *Apoyo al usuario Oxígeno dependiente
- *Verificación de Derechos
- *Promoción de la Participación Social

Valoración de Casos por Trabajo Social

- *Maltrato
- *Abuso Sexual
- *Violencia Intrafamiliar

CENTROS DE ATENCIÓN

La ESE Hospital Santa Mónica cuenta con los siguientes Centros de Atención.

Santa Teresita Frayles Barrios Unidos La Unión Japón La badea Otún Argentina Filo Bonito

Organización Proceso Pedagógico Oficina

Gerenta: Doctora Lina Beatriz Rendón Torres
Coordinación Médica. Dra. Elizabeth Cataño Villarreal
Sistema de Gestión de Calidad. Dr. Ricardo Sinisterra L.
Asistente Gestión de Calidad. Ing. Lina Marcela Castaño B.
Asesora Jurídica: Dra. Luz Mery Lotero
Asesor Control Interno: Dr. Arturo Arango U.
Técnico Aditivo Personal. Jair Antonio Maya
Coordinadora Sistemas de Información y Estadística. Tecnóloga Sandra Echeverri R.
Coordinación Facturación. José Albert Zuleta B.
Jefe de Mantenimiento: Ing. Noember Gómez
Costos e Inventarios. Técnica Aditiva. Olga Piedad Tamayo N.
Tesorera. Técnica Aditiva. Francy Eunice Mejía
Contador. Dra Idaly Sarmiento
Enfermeras Jefes. Constanza Ramírez, Laura Tatiana Arias M. Liza Xiomara Arias
Auditores. Dr. John Jairo Ocampo—Dr. Hector Fabio Gallo
Gestión Documental. Sandra Cubillos
Secretaria Gerencia: Técnica Aditiva. Sandra Patricia Alzate

... . TODOS HACEMOS PARTE DEL CONTROL



CODIGO DE ÉTICA

- HONESTIDAD
- TOLERANCIA
- PROFESIONALISMO
- JUSTICIA
- PACIENCIA
- AUTOCONTROL
- EQUIDAD
- RESPONSABILIDAD
- CALIDAD
- AMABILIDAD



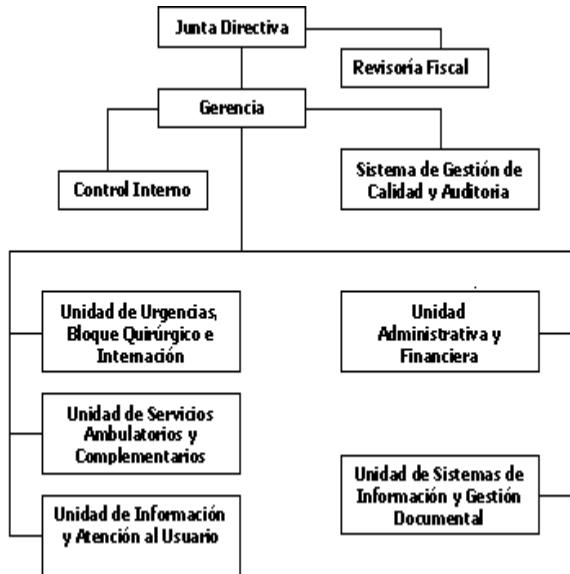
Proceso Pedagógico Oficina Asesora de Control Interno

CARTILLA DE INDUCCIÓN



EN DÓNDE ESTOY Y PARA QUÉ ESTOY

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



MISIÓN

Somos una Hospital de segundo nivel de atención, dedicado a promocionar y recuperar la salud, prevenir las complicaciones y rehabilitar a nuestros usuarios. Entendemos el dolor y la condición personal y familiar que acompaña la enfermedad; brindamos trato cálido y humano y aplicamos los mejores conocimientos y tecnología disponible a un costo razonable

VISIÓN

Ser la mejor institución hospitalaria de su tipo en el departamento para el año 2009 y reconocida en el país, por su gestión de calidad, por su respeto y profesionalismo en todas sus acciones, transparencia en su gestión administrativa y gerencial. Que cuente con infraestructura física cómoda y segura, tecnología apropiada y un sistema de información oportuno y confiable, consolidada como una empresa con rentabilidad social y económica.

TODOS HACEMOS PARTE DEL CONTROL



PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN

- * Atención a la Gestante
- * Crecimiento y Desarrollo
- * Planificación Familiar
- * Vacunación
- * Prevención Cáncer de Cuello Uterino
- * Pacientes con Hipertensión Arterial
- * Pacientes con Tuberculosis y Lepra
- * Pacientes con Diabetes Mellitus
- * Pacientes con Síndrome Convulsiva
- * Pacientes con EPOC

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS



- Ayudas Diagnósticas
- Ecografías
 - Rayos X
 - Laboratorio
 - Fisioterapia
 - Odontología



SERVICIOS ODONTOLOGÍA

- Consulta Odontológica Programada
Consulta Odontológica de Urgencia

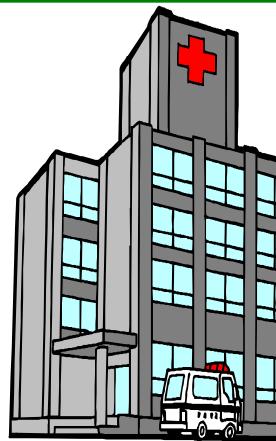
- Consulta de Higienista Oral
En Actividades de Protección
Específica tales como:
- *Control Placa
 - *Aplicación Flúor
 - *Aplicación de Sellantes



Proceso Pedagógico Oficina Asesora de Control

CLÍNICA AVELLANA

Presta los servicios hospitalización y atención ambulatoria a particulares y a beneficiarios de diferentes EPS con quienes se tienen convenios. Tiene capacidad de 24 camas, distribuidas en habitaciones personales y bipersonales completamente dotadas.



Servicios Ambulatorios y Complementarios
Coordinadora
Enfermera Luz Adriana Ordóñez L.



SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

- * Consulta Médica General
- * Consulta Médica Especializada
- * Consulta Optometría
- * Consulta Psicología
- * Consulta Terapia Ocupacional
- * Consulta Terapia respiratoria
- * Atención Enfermería

SERVICIOS CONSULTA ESPECIALIZADAS

- * Ginecología
- * Pediatría
- * Medicina Interna
- * Cirugía General
- * Ortopedia



TODOS HACEMOS PARTE DEL CONTROL

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Calidad • Conducta Ética • Honestidad • Respeto
- Profesionalismo • Equidad • Rentabilidad

POLÍTICA DE CALIDAD

Brindar la atención definida en nuestro Plan de Servicios por medio de procesos en mejoramiento continuo que garanticen la satisfacción de las necesidades de los usuarios en accesibilidad, oportunidad, seguridad y certeza en el diagnóstico y tratamiento con los mejores niveles de calidad

OBJETIVOS DE CALIDAD

- Asegurar que los servicios incluidos en nuestro portafolio estén siempre disponibles
- Implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad
- Garantizar la satisfacción de las necesidades de los usuarios en términos de accesibilidad geográfica y económica
- Garantizar Oportunidad en el servicio solicitado.
- Garantizar una Infraestructura locativa cómoda y que cumpla con normas de sismo resistencia
- Garantizar la capacidad de respuesta organizada ante situaciones de emergencia
- Asegurar la no exposición de los usuarios y funcionarios a daños en su integridad física y contacto con sustancias peligrosas
- Garantizar que el personal que presta el servicio sea competente e idóneo
- Garantizar la oportunidad y calidad de insumos requeridos para prestar los servicios
- Garantizar la aplicación de normas y procedimientos técnico-Científicos aprobados y aceptados.
- Garantizar que las herramientas tecnológicas que tiene la institución estén siempre disponibles para el momento que se requieran

NUESTROS UNIDADES ASISTENCIALES Y SERVICIOS

AREA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Es la encargada de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa que demanda el usuario. Así mismo, ejecuta las políticas, programas y servicios de promoción, prevención y atención de primer y segundo nivel.,

Está conformada por las Unidades de:

Urgencias, Bloque Quirúrgico e Internación
Servicios Ambulatorios y Complementarios
Sistema de Información y Atención al Usuario



**Urgencias
Coordinadora**
Enfermera Beatriz Helena Villegas M.

Aquí se brinda la atención inicial de urgencias a los usuarios de nuestra área de influencia que soliciten los servicios, logrando su estabilización y compensación de su estado, mediante la adecuada utilización de los recursos existentes, en términos de calidad y oportunidad. Se presta los servicios de clasificación de los usuarios antes de ingresar al servicio TRIAGE, urgencias vitales, atención de urgencias inmediatas, y mediatas, consulta médica general con y sin procedimiento, consulta médica, trauma y observación las 24 horas del día, salas de observación pediatría, hombres y mujeres, y la remisión de usuarios a otras instituciones.

TODOS HACEMOS PARTE DEL CONTROL

Bloque Quirúrgico
Coordinadora
Enfermera María Armida Cardona O.



Realización Cirugías de:
Oftalmología
Ortopedia General
Ginecología
Urología

Internación
Coordinadora
Enfermera Gloria Consuelo Pérez A.

En el área de hospitalización se cuenta con procesos que permiten brindar un servicio encaminado a recuperar la salud, previniendo complicaciones, y facilitando la recuperación del usuario, cumpliendo con el objetivo misional, cuenta además con profesionales idóneos y tecnología apropiada que nos permite seguridad y certeza en el diagnóstico y tratamientos con los mejores niveles de calidad



AREA DE PEDIATRÍA



Se cuenta con un área especial para la atención pediátrica con 15 camas, adicionalmente, se acondicionó un área de juegos para mejorar las condiciones de rehabilitación de los infantes.

ATENCIÓN PEDIATRÍA

- Acompañante adulto
- Hora de visita de 12 a 1 p.m.
- Intercambio acompañantes de 8 a 9 a.m. en horas de visita y de 6 a 7 p.m.
- Información telefónica de 8 a 9 A.M. Y de 2 a 3 p.m.
- A las 6:30 el acompañante debe estar bañado
- No se puede ingresar alimento fuera de las horas de comida del acompañante.
- Las comidas deben ser ingeridos fuera de la habitación.
- No se debe deambular de una sala a otra, se debe estar en las zonas sociales o en la cama asignada.
- Las canecas de bolsa roja son para deposito de pañales o material contaminado con secreciones del paciente.
- Las bolsas verdes para depositar lo demás
- Se presta colchoneta para el acompañante



TRÁMITES LABORATORIO



El auxiliar de enfermería de turno toma todas las muestras a las 7 de la mañana, las lleva a laboratorio y recoge los reportes cuando de allí informan que están listos.

Se entregan al médico de turno para que los interpreta quien debe archivar estos resultados en la historia clínica correspondiente



Proceso Pedagógico Oficina Asesora de Control Interno

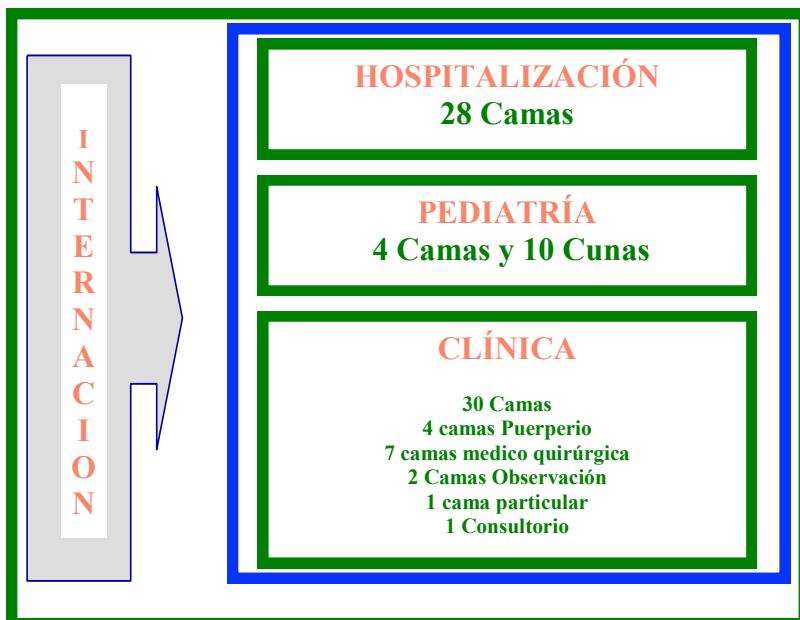


Responsable de recibir a los pacientes con alteraciones de su estado de salud, remitidos por otras unidades como Urgencias , Cirugía, Partos y Consulta Externa, entregarlo en mejores condiciones de salud, utilizando todo el recurso técnico y humano disponible teniendo en cuenta la patología

INTERNACIÓN



UBICACIÓN EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Todos Hacemos parte del Control

TRÁMITES EGRESO DE PACIENTES

Se le informa al usuario sobre su egreso, se escribe la fecha y hora de salida en las ordenes médicas, y se le informa a la secretaria clínica de la del egreso.



Igualmente, se le informa de la salida al SIAU y a la familia del usuario.

Se realiza la epicrisis, y se envía con un familiar del usuario a la ARS para su autorización, se recoge la papelería de las tablas y se facturan todas las actividades.

Informe a los familiares del copago y asigne citas si es del caso y cierre el registro. Devuelva la historia clínica debidamente legajada.

Lleve a facturación los soportes de exámenes y procedimientos de urgencia, con sus respectivas autorizaciones.

TRÁMITES FARMACIA



Se solicitan los medicamentos ordenados por el médico mediante el programa CNT. Y se depositan en la bolsa correspondiente al usuario y traslado de la solicitud a farmacia, cuando se reciba de esta verificar los contenidos de las bolsas, en cuanto a cantidad y correspondencia con los medicamentos pedidos

Cargar al usuario desde el sistema, mediante el número de la historia clínica.

En caso de devolución de medicamentos, se registran en la hoja original y haga firmar el recibido de devolución.

Verificar que lo cargado coincida con lo suministrado

ATENCIÓN SECRETARIOS CLÍNICOS

Organizar historias Clínicas
 Realizar la factura de pago a los usuarios
 Tramitar turnos para exámenes de apoyo diagnostico
 Tramitar interconsulta.
 Tramitar cama para las remisiones a otra institución.
 Pedir autorización de hospitalización.
 Mantener el consultorio particular disponible.
 Dotación de papelería.
 Pedido mensual de insumos de oficina,
 Facturación de laboratorios, apoyo diagnostico.
 Facturación de consulta particular.
 Ingresar usuarios al sistema y asignar cama.



TRÁMITES INGRESO DE PACIENTES



Se recibe al usuario, se ubica en la unidad, informándole las normas; se verifica si trae las autorizaciones de la ARS y que tenga asignado el NAP; verifique igualmente, que traiga la Historia Clínica completa y diligenciada, hoja de evolución, ordenes médicas, hoja de signos vitales, atención de urgencias y tratamiento.

Se realiza inspección clínica del paciente para determinar las condiciones generales y se le toman los signos vitales

Se realizan las notas de enfermería, se le informa al médico de turno el ingreso del paciente, dejando nota, el médico general evalúa al usuario y se realiza la nota de ingreso

Todos Hacemos parte del Control

CONFORMACIÓN DE LA UNIDAD

GLORIA CONSUELO PÉREZ ARANGO
Coordinadora

RECURSO HUMANO DIURNO



Tres Médicos Generales
 Hospitalización y Pediatría.
 Medicoquirúrgicas y el servicio de partos.
 Área Clínica.

Dos Enfermeras
 Hospitalización y pediatría
 1 Enfermero clínica



Nueve Auxiliares de enfermería
 3 para el área de hospitalización
 1 en la mañana para pedido de medicamentos.
 1 para el área de Pediatría
 1 para el área de Medicoquirúrgicas
 3 para el área Clínica.

Dos Secretarias Clínica

Hospitalización y Pediatría.
 Clínica y medicoquirúrgicas.

RECURSO HUMANO NOCTURNO

Dos Médicos Generales
 Hospitalización, Pediatría y Observación.
 Bloque de la Clínica Avellana y el servicio de partos.

Seis Auxiliares de enfermería.
 2 para el área de hospitalización.
 1 para el área de Pediatría

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PROCESOS N°. 11

HOSPITALIZACIÓN GENERAL

PROCEDIMIENTOS

- 11U714 - P01 Ingreso de Usuario**
- 11U714 - P02 Atención del Usuario**
- 11U714 - P03 Revisión de Historias Clínicas**
- 11U714 - P04 Solicitud de medicamentos**
- 11U714 - P05 Egreso del Usuario de la Unidad**



ATENCIÓN MÉDICA

- Recibo de turno
- Valoración de pacientes
- Pasar ronda con los especialistas
- Realizar ordenes médicas
- Hacer evolución de los pacientes
- Realizar procedimientos médicos
- Realizar consultas particulares si esta en el área clínica.
- Realizar las consultas a gestantes si esta en el área de medicoquirúrgicas y parto.
- Si necesita alguna información, revisar las guías medicas que están en el sistema.



ATENCIÓN ENFERMERÍA

ENFERMERA

- Recibo y entrega de turno.
- Chequear historias clínicas.
- Realizar procedimientos de enfermería.
- Realizar notas de enfermería si es necesario.
- Gestión de enfermería (trámites, soluciones, seguimiento, verificación, reuniones, toma de decisiones, entrega de informes, estadísticas).
- Informar infecciones intrahospitalarias al comité de infecciones.
- Informar los días mayores de estancias al auditor medico.
- Realizar cuadro de turnos y hacer las asignaciones al personal de enfermería.
- Realizar anecdotarios y auditoria interna al personal auxiliar de enfermería. Realizar indicadores de gestión.
- Si necesita alguna información de procedimientos de enfermería consultar con el instructivo que se encuentra en el sistema y en medio físico.

AUXILIAR

- Recibo y entrega de turno.
- Registro en el libro de inventarios.
- Revisión y registro del carro de paro.
- Toma de muestras de laboratorios.
- Facturación y entrega de muestras al laboratorio y reclamo de resultados.
- Cambio de material a central de esterilización.
- Registro del inventario de ropa.
- Preparación, administración y registro de medicamentos.
- Baño de paciente y arreglo de unidad.
- Traslado de pacientes a exámenes diagnósticos.
- Procedimientos y cuidados de enfermería.
- Diligenciamiento de la lista de dietas.
- Facturación de egresos.
- Pedido y devolución de medicamentos.
- Ingresar los usuarios y asignar cama en el sistema.
- Notas de enfermería.
- Si necesita alguna información de procedimientos de enfermería consultar con el instructivo que se encuentra en el sistema y en medio físico.

	NOMBRE RUTA DE INDUCCIÓN			CÓDIGO 26L925 - F20
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25, PERSONAL		VERSIÓN 3,0
				FECHA DE VIGENCIA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

PROGRAMACIÓN INDUCCIÓN: DÍA : _____ MES: _____ AÑO: _____

UNIDAD / PROCESO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	HORA	TEMAS A TRATAR	DOCUMENTOS A ENTREGAR (SI APLICA)	FIRMA
Operador externo / Jurídica					
Gerencia					
Gestión de calidad y auditoria					
Sistemas					
Archivo de historias clínicas y Gestión documental					
Salud ocupacional y seguridad industrial					
Inventarios					
Control interno					
Facturación					
Estrategia AIEPI					
Vigilancia epidemiológica					

Recursos humanos	Fecha de entrega de documentos: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	Firma _____
------------------	---	-------------

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

	NOMBRE ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		CÓDIGO 26L925 – F22
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA 23/10/2007

Instrucciones:

- Lea el cuestionario detenidamente.
- Marque con una equis (X) la respuesta que usted considere viable.
- No deje preguntas en blanco.
- El cuestionario es anónimo, por lo tanto no es necesario identificarlo.

Gracias por su colaboración.

Ambiente Físico:

1. Le fue entregada la carta de bienvenida de gerencia

Si
No

2. De que manera se cumplió el horario:

Excelente
Bueno
Regular
Deficiente

Material de apoyo:

3. Recibió material impreso, durante la inducción

Si
No

4. El material que recibió durante la inducción fue de su interés:

Si
No

5. Considera usted que la cantidad y calidad del material fue:

Excelente
Bueno
Regular
Deficiente

Desenvolvimiento de los facilitadores:

6. El dominio del tema por parte de los facilitadores fue:

Excelente
Bueno
Regular
Deficiente

7. ¿Qué aspectos positivos le causó el programa de inducción?

8. ¿Cuáles fueron los aspectos menos valiosos?

	NOMBRE RUTA DE ENTRENAMIENTO		CÓDIGO 26L925 – F23
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA

Sr. (a): _____

Usted ha sido seleccionado para desempeñar la actividad de: _____, para lo cual le solicito comedidamente presentarse para dar inicio al entrenamiento en el puesto de trabajo el día: _____, de acuerdo a la siguiente programación.

UNIDAD: _____

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	FECHA	HORA

NOMBRE DEL COORDINADOR DE UNIDAD

_____ FIRMA

SISTEMAS Y ESTADÍSTICA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	FECHA	HORA

NOMBRE DEL COORDINADOR DE
SISTEMAS DE INFORMACIÓN

_____ FIRMA

	NOMBRE RUTA DE ENTRENAMIENTO		CÓDIGO 26L925 – F23
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA

EQUIPOS Y BIOMÉDICA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	FECHA	HORA

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE
MANTENIMIENTO

FIRMA

Se requiere asignar tarjeta inteligente: SI NO

ASIGNACIÓN DE PERFILES POR APlicativo	
CNT PACIENTES	
CNT CONTABILIDAD	
CNT CARTERA	
CNT PRESUPUESTO	
CNT TESORERÍA	
CNT ACTIVOS FIJOS	
CNT INVENTARIOS	
DOCUNET	
COBAS	
INFOTURNOS	
ADMINISTRACIÓN CLÍNICAS	HISTORIAS
SOPORTE	
INGRESO PACIENTES URGENCIAS	
AUDITORIA DE RIPS	

NOMBRE PERSONA NUEVA

FIRMA

Nota: Al término del entrenamiento, este registro debe ser enviado a Recurso humano para el archivo en la hoja de vida correspondiente.

	NOMBRE ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE ENTRENAMIENTO		CÓDIGO 26L925 – F26
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA 26/10/2007

Instrucciones:

- Lea el cuestionario detenidamente.
- Marque con una equis (X) la respuesta que usted considere viable.
- No deje preguntas en blanco.
- El cuestionario es anónimo, por lo tanto no es necesario identificarlo.

Gracias por su colaboración.

1. Recibió la bienvenida del Coordinador de unidad:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

2. El coordinador de unidad le presentó a sus compañeros de trabajo:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

3. Se le suministró la orientación e información necesaria para ocupar el puesto de trabajo:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

4. Recibió información de parte del Coordinador en cuanto a la descripción de su cargo:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

5. Considera que la información recibida le permite identificarse con la institución:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

SUGERENCIAS

	NOMBRE ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA REINDUCCIÓN		CÓDIGO 26L925 – F24
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA 23/10/2007

Instrucciones:

- Lea el cuestionario detenidamente.
- Marque con una equis (X) la respuesta que usted considere viable.
- No deje preguntas en blanco.
- El cuestionario es anónimo, por lo tanto no es necesario identificarlo.

Gracias por su colaboración.

Ambiente Físico:

1. El espacio físico donde se dictó la reinducción fue:

- | | |
|------------|--------------------------|
| Excelente | <input type="checkbox"/> |
| Bueno | <input type="checkbox"/> |
| Regular | <input type="checkbox"/> |
| Deficiente | <input type="checkbox"/> |

2. La iluminación y el sonido fue:

- | | |
|------------|--------------------------|
| Excelente | <input type="checkbox"/> |
| Bueno | <input type="checkbox"/> |
| Regular | <input type="checkbox"/> |
| Deficiente | <input type="checkbox"/> |

3. De que manera se cumplió el horario:

- | | |
|------------|--------------------------|
| Excelente | <input type="checkbox"/> |
| Bueno | <input type="checkbox"/> |
| Regular | <input type="checkbox"/> |
| Deficiente | <input type="checkbox"/> |

Material de apoyo:

4. Recibió material impreso, durante la reinducción

- | | |
|----|--------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

5. El material que recibió durante la reinducción fue de su interés:

- | | |
|----|--------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

	NOMBRE ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA REINDUCCIÓN		CÓDIGO 26L925 – F24
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA 23/10/2007

6. Considera usted que la cantidad y calidad del material fue:

Excelente
 Bueno
 Regular
 Deficiente

7. Los medios audiovisuales utilizados fueron:

Excelente
 Bueno
 Regular
 Deficiente

Desenvolvimiento de los facilitadores:

8. El dominio del tema por parte de los facilitadores fue:

Excelente
 Bueno
 Regular
 Deficiente

9. La explicación del tema por parte de los facilitadores fue:

Excelente
 Bueno
 Regular
 Deficiente

10. ¿Qué aspectos positivos le causó el programa de reinducción?

11. ¿Cuáles fueron los aspectos menos valiosos?



NOMBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN POR UNIDADES		CÓDIGO 26L925 – F16
TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
		FECHA DE VIGENCIA 01/12/2005

PROYECTO O FUNCIONES CON REQUERIMIENTOS POR UNIDADES	ORDEN DE PRIORIDAD	NECESIDADES DE CAPACITACION	POBLACION OBJETIVO DEL PLAN DE CAPACITACION				
			NUMERO DE FUNCIONARIOS POR NIVEL JERARQUICO				
			A	B	C	D	E
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

A = Directivo y Asesor B = Ejecutivo
C = Profesional D = Técnico
E = Asistencial (Administrativo y Operativo)



	NOMBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES	CÓDIGO 26L925 - F17
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL

	NOMBRE EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN		CÓDIGO 26L925 – F14
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA

Encontrará una serie de preguntas a través de las cuales se pretende conocer su opinión sobre la capacitación que acaba de culminar, lo cual contribuirá con el mejoramiento continuo de los programas de capacitación en la entidad

FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: _____

UNIDAD: _____

Señale la casilla correspondiente, según su opinión

ORGANIZACIÓN Y METODOLOGÍA UTILIZADA	SI	NO
1. El lugar y el equipo utilizado fue adecuado		
2. La distribución de la jornada que se estableció en la capacitación fue adecuada.		
3. La duración de la capacitación con respecto a los contenidos fue adecuada.		
4. La metodología estuvo adecuada a los objetivos y contenido de la capacitación.		
5. La metodología permite una participación activa.		
6. La documentación entregada ha sido suficiente.		
7. La calidad del material entregado ha sido suficiente.		
8. El ritmo de exposición ha sido adecuado.		

CAPACITADOR	SI	NO
1. Explicó claramente el objetivo de la capacitación.		
2. Demostró conocimiento sobre el tema.		
3. Estimuló la participación activa.		
4. Demostró capacidad para resolver preguntas.		
5. Empleó lenguaje de fácil comprensión		
6. Presentó los contenidos en forma ordenada y clara.		
7. Desarrolló todos los temas propuestos.		
8. Mantuvo el interés de los participantes		

	NOMBRE EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN		CÓDIGO 26L925 – F14
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA

SATISFACCIÓN ACERCA DE LA CAPACITACIÓN	SI	NO
1. La capacitación facilita su desempeño en el puesto de trabajo.		
2. Lo aprendido en la capacitación se puede aplicar en su puesto de trabajo		
3. La capacitación le aportó conocimientos nuevos		
4. Sus expectativas de aprendizaje se cumplieron		

RECOMENDACIONES



 Santa Mónica E.S.E.	NOMBRE CONTROL DE CAPACITACIONES		CÓDIGO 26L925 – F13
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 19/01/2006

AÑO	
MES	

OBSERVACIONES

	NOMBRE ADHERENCIA A CAPACITACIONES Y OTROS		CÓDIGO 26L925 – F
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA

<i>Fecha de la capacitación(si aplica):</i>	Día:	Mes:	Año:
---	------	------	------

<i>Nombre de la capacitación o protocolo:</i>

<i>Fecha de evaluación de la capacitación o protocolo:</i>	Día:	Mes:	Año:
--	------	------	------

<i>Nombre completo:</i>	<i>Unidad:</i>
-------------------------	----------------

PREGUNTAS A RESPONDER:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- .
- .
- 5.
- 6.

Total preguntas _____ Respuestas correctas _____ % adherencia _____

VIGILANCIA DEL PROCESO	SI	NO
1. Considera qué la capacitación a la que asistió el funcionario es acorde a las funciones que desempeña en la ESE		
2. Existe mayor responsabilidad en el desarrollo de las actividades de su puesto de trabajo.		
3. La aplicación de lo aprendido al puesto de trabajo produjo resultados medibles. ¿Cuáles?		
4. Ha mejorado su desempeño laboral		

	NOMBRE ENCUESTA PARA EVALUAR CLIMA ORGANIZACIONAL		CÓDIGO 26L925 - F25
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA 23/10/2007

A continuación encontrará una serie de preguntas para conocer su percepción acerca de diferentes aspectos relacionados con la entidad y de los cuales es importante tener conocimiento. Para esto debe responder a cada ítem, marcando con una equis (X) la opción que considere más adecuada según su percepción. Es necesario que recuerde diligenciar los campos que se refieren a datos generales, ya que ellos facilitan una adecuada tabulación de la encuesta.

La encuesta es anónima y sus resultados son de carácter confidencial, le agradecemos responderla de manera totalmente honesta y despreviada.

UNIDAD DE TRABAJO: _____

DIRECTIVO ____ ASESOR ____ PROFESIONAL ____ TÉCNICO ____ ASISTENCIAL (Aux. admón.- Aux. enfer.) ____

EMPLEADO DE PLANTA ____ OTRO ____

GÉNERO F ____ M ____

AGRADECENOS DE ANTEMANO SU COLABORACIÓN Y SINCERIDAD

1. Cómo califica los conocimientos que tiene usted acerca de la misión, principios, objetivos y políticas de la E.S.E Hospital Santa Mónica

a) Buenos b) Regulares c) Malos d) No sabe / no responde

2. Cree usted que la aplicación del reglamento en la E.S.E Hospital Santa Mónica es:

a) Rígida y dura b) Moderada c) Flexible d) Muy Blanda e) No sabe / no responde

3. Cómo considera la exigencia de la E.S.E Hospital Santa Mónica frente a la ejecución de las labores del personal?

a) Alta b) Moderada c) Baja d) No sabe / no responde

4. Existe claridad en las instrucciones que recibe para hacer su trabajo?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) No sabe / no responde

5. Entiendo claramente mi papel dentro del área de trabajo a la que pertenezco.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) No sabe / no responde

6. Usted cómo se siente por estar trabajando en el hospital?

a) Contento y satisfecho b) Conforme c) Insatisfecho d) No sabe / no responde

7. Usted considera que los funcionarios del Hospital frente a las metas de trabajo están:

a) Comprometidos b) Indiferentes c) Menos comprometidos d) No sabe / no responde

8. Usted cree que la gente está orgullosa de pertenecer al Hospital?

a) Orgullosa b) Lo necesario c) Apática d) Conforme e) No sabe / no responde

9. Si otra institución le ofreciera un puesto similar con salario igual, lo aceptaría?

a) Si b) No c) Lo pensaría d) No sabe / no responde

10. Si otra institución le ofreciera un puesto similar con un salario ligeramente superior lo aceptaría?

a) Si b) No c) Lo pensaría d) No sabe / no responde

11. Usted considera que los problemas entre las dependencias son resueltos la mayoría de las veces así:

a) Consenso b) Unilateral c) Sin resolver d) No sabe / no responde

12. En su área de trabajo circula oportuna y claramente la información y comunicación?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

13. Considera que en las otras áreas del Hospital circula oportunamente la información y comunicación?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

14. Su coordinador se reúne con su grupo de trabajo para hablar sobre la marcha del área y del hospital?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

15. Cuando habla usted con su coordinador, puede decirle todo lo que piensa?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

16. Cuando usted no puede solucionar inquietudes y problemas de su trabajo los plantea a su coordinador?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

17. Con qué frecuencia su coordinador le hace acompañamiento para hacer su trabajo?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

18. Usted comenta con su coordinador los problemas que no tienen relación con su trabajo y afectan su rendimiento?

a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde

19. Cómo se siente con la forma de actuar y de dirigir de su coordinador?

a) Satisficho b) Regular c) Insatisficho d) No sabe / no responde

	NOMBRE ENCUESTA PARA EVALUAR CLIMA ORGANIZACIONAL		CÓDIGO 261925 - F25
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 25. PERSONAL	VERSIÓN 1.0 FECHA DE VIGENCIA 23/10/2007

20. Las directivas tienen en cuenta su situación personal cuando toman una decisión que le afecta en su trabajo:
- a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
21. Usted cómo se siente con el trabajo que le corresponde hacer:
- a) Satisficho b) Conforme c) Insatisficho d) No sabe / no responde
22. Considera que el desarrollo de su trabajo por lograr los objetivos del Hospital satisface sus necesidades personales profesionales?
- a) Siempre b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
23. Usted recibe reconocimiento cuando realiza bien una labor?
- a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
24. Conoce usted el resultado cuando su coordinador revisa y evalúa su trabajo?
- a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
25. Cómo evalúa el ambiente laboral de su área de trabajo:
- a) Bueno b) Regular c) Malo d) No sabe / no responde
26. Como se siente con relación a los programas (Actividad de fin de año, día del niño, días especiales) que realiza la E.S.E para el personal y su familia.
- a) Satisficho b) Conforme c) Insatisficho d) No sabe / no responde
27. Usted ha sido tenido en cuenta para capacitaciones que se relacionen con sus actividades?
- a) Siempre b) Con frecuencia c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
28. Participa usted de las actividades de integración (sociales y deportivas) que realiza el Hospital?
- a) Con frecuencia b) Algunas veces c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
29. Cómo son sus relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo?
- a) Buenas b) Regulares c) Malas d) No sabe / no responde
30. Las relaciones laborales entre coordinadores y el personal son respetuosas y cordiales en el Hospital:
- a) Siempre b) Con frecuencia c) Casi nunca d) Nunca e) No sabe / no responde
31. En mi área de trabajo se fomenta el trabajo en equipo.
- a) Siempre b) A veces c) Casi nunca d) No sabe / no responde
32. Los objetivos de los equipos en los que yo he participado son compartidos por todos sus integrantes.
- a) Siempre b) A veces c) Casi nunca d) No sabe / no responde
33. Considero que las personas de los equipos en que he participado, aportan lo que se espera de ellas para la realización de las tareas.
- a) Siempre b) A veces c) Casi nunca d) No sabe / no responde
34. Mi grupo trabaja con autonomía respecto de otros equipos.
- a) Siempre b) A veces c) Casi nunca d) No sabe / no responde
35. Las decisiones que toman los equipos de trabajo de mi área son apoyadas por el coordinador.
- a) Siempre b) A veces c) Casi nunca d) No sabe / no responde
36. Conoce del desarrollo de actividades de Salud Ocupacional en la E.S.E Hospital Santa Mónica?
- a) Siempre b) A veces c) Casi nunca d) No sabe / no responde
37. El hospital se preocupa por darle los elementos que garanticen su seguridad laboral?
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) No sabe / no responde
38. Mi área de trabajo permanece ordenada.
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) No sabe / no responde
39. En mi área de trabajo la iluminación es la adecuada.
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) No sabe / no responde
40. Mi área de trabajo tiene suficiente ventilación.
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) No sabe / no responde
41. En mi área de trabajo se efectúan oportunamente las actividades de mantenimiento que sean necesarias
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) No sabe / no responde