


| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [1] de 26 |

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS


GESTION DE CALIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO

ROLDANILLO
2018


| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [2] de 26 |

CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVO GENERAL
 - 2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS
3. ALCANCE
4. SOPORTE LEGAL
5. MISION
6. VISION
7. OBJETIVOS INSTITUCIONALES
 - 7.1 OBJETIVO GENERAL
 - 7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS
8. VALORES DE INTEGRIDAD
9. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
10. MAPA DE PROCESOS
11. CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS
12. ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD- SGC
13. INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD - SGC
 - 13.1 ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS
 - 13.1.1 ENCABEZADO
 - 13.1.2 OBJETIVO
 - 13.1.3 ALCANCE
 - 13.1.4 DEFINICIONES
 - 13.1.5 LIDER DEL PROCEDIMIENTO
 - 13.1.6 CONDICIONES GENERALES
 - 13.1.7 DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
 - 13.1.8 DIAGRAMA DE FLUJO
 - 13.1.9 DOCUMENTO DE REFERENCIA
 - 13.1.10 MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES
 - 13.1.11 APROBACION Y OFICIALIZACION
 - 13.2 ELABORACION DE INSTRUCTIVOS
 - 13.2.1 ENCABEZADO
 - 13.2.2 CUERPO DEL DOCUMENTO
 - 13.2.3 FINAL DEL DOCUMENTO
 - 13.3 ELABORACION DE FORMATOS
 - 13.3.1 CLASIFICACION DE FORMATOS
 - 13.3.2 PARAMETROS PARA EL DISEÑO DE FORMATOS
 - 13.4 CODIFICACION DE DOCUMENTOS
 - 13.5 RECOMENDACIONES GENERALES NO OBLIGATORIAS

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [3] de 26 |

- 13.5.1 MARGENES
- 13.5.2 REDACCION DE PARRAFOS
- 13.5.3 DIVISIONES Y SUBDIVISIONES
- 13.5.4 IMPRESIÓN DE DOCUMENTOS
- 13.6 ANEXOS TECNICOS

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [4] de 26 |

1. INTRODUCCION

El Manual de Procesos y Procedimientos del E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo es un documento que contiene toda la información que se ejecuta para la realización y cumplimiento de las acciones asignadas en la Institución, (manuales, guías, protocolos, y formatos), mediante la adopción de los macroprocesos: estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación, cuyo objetivo es normalizar los procedimientos de actuación de cada área.

El presente documento es una herramienta que permite al Hospital, integrar una serie de labores, con el fin de describir y estandarizar las actividades que se realizan en la Institución, logrando el mayor grado de satisfacción posible por parte de los usuarios y sus familias en la atención brindada, buscando minimizar la materialización de posibles riesgos identificados en la institución.

Además, se pretende que se use como instrumento de apoyo en las actividades de inducción y re inducción, evitando la desarticulación y alteración de los procesos en el desarrollo de las actividades en el cambio cuando se genere rotación del personal.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [5] de 26 |

2. OBJETIVO GENERAL

Definir la metodología que permita estandarizar la operatividad de los procesos institucionales del Hospital Departamental San Antonio E.S.E de Roldanillo.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir la metodología para la actualización de procesos y procedimientos.
- Desplegar el mapa de procesos institucional a los diferentes líderes de la ESE.
- Definir los subprocesos y procedimientos institucionales.
- Establecer el método a través del cual se realizar la revisión y actualización de los procesos y procedimientos institucionales.

3 ALCANCE

Transversal a todos los procesos Institucionales del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo.

El presente Manual de Procesos y Procedimientos constituye un instrumento que establece los lineamientos de carácter general y explícito de las actividades que se realizan en cada proceso, así como con estricto apego a la normatividad establecida.

4. SOPORTE LEGAL

- NTCGP 1000:2009 la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del Estado como una herramienta sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios. Numeral 4.2.2. Afirma que la entidad debe establecer y mantener el Manual de los procedimientos documentados establecidos para el sistema de Gestión de calidad o referencia de los mismos.
- Decreto 943 del 2014” por el cual se actualiza el modelo estándar de control interno MECI” establece que la misión y la visión, así como las políticas de operación sean adoptadas y divulgadas con soporte de un acto administrativo y que el manual de operaciones o su equivalente (Manual de Procedimientos- Manual de calidad) esté

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [6] de 26 |

disponible como documento de consulta y promueve la adopción de un modelo de operación por procesos.

- Resolución institucional 160 del 14 de Marzo de 2007 conforma el comité coordinador del Modelo de Operación por Procesos del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo.
- Resolución institucional 238 del 5 de Agosto de 2008 Adopción de la caracterización de los procesos. FEP (Formato estandarizado de procesos) del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo.
- Resolución institucional 339 del 7 de Noviembre de 2017 actualiza el comité coordinador de modelo de operación por procesos del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo.

5. MISIÓN

Somos una empresa de salud de nivel II del Norte del Valle del Cauca con fundamento y objetivo principal cimentado en lo social y el bien común, en la búsqueda continua de ofrecer servicios de salud con inclusión, calidad, humanismo, profesionalismo, ética, orden, compromiso y vanguardia para toda la población del municipio y área de influencia, proyectando la empresa a ser un centro de diagnóstico clínico de alta calidad para el Norte del Valle

6. VISIÓN

En el año 2020 seremos una entidad orientada a la prestación de servicios integrales de baja y mediana complejidad en ayudas diagnósticas especializadas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo centro de referencia en el área de influencia, asegurando una atención digna, humanizada y sostenible.

7. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

7.1 OBJETIVO GENERAL

“Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población afiliada y vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la Salud, el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de acuerdo con nuestra capacidad instalada y de resolución”


| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [7] de 26 |

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la ampliación de cobertura en prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad, priorizando la atención de los grupos humanos más vulnerables y necesitados.
- Ofrecer a las Empresas Promotoras de Salud, a las Administradoras del Régimen Subsidiado, a las Aseguradoras y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno y del mercado adecuando continuamente nuestros servicios y funcionamiento.
- Intervenir en la reducción de la morbilidad evitable en nuestra área de influencia.
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado la rentabilidad social y económica de la empresa.
- Modernizar la gestión institucional en las áreas administrativa, financiera y de tecnología garantizando el desarrollo de los sistemas de información.
- Modernizar la infraestructura y la tecnología para asegurar la calidad en la atención de los usuarios.
- Propender por el desarrollo continuo del talento humano vinculado a la empresa apoyando actividades de motivación, capacitación, educación continua y adiestramiento.
- Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial que garantice un trabajo de equipo con fines de impacto social.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y normatividad que la reglamenta.
- Impulsar y desarrollar proyectos de investigación para mejorar la calidad en el servicio y la gestión.

8. VALORES DE INTEGRIDAD

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

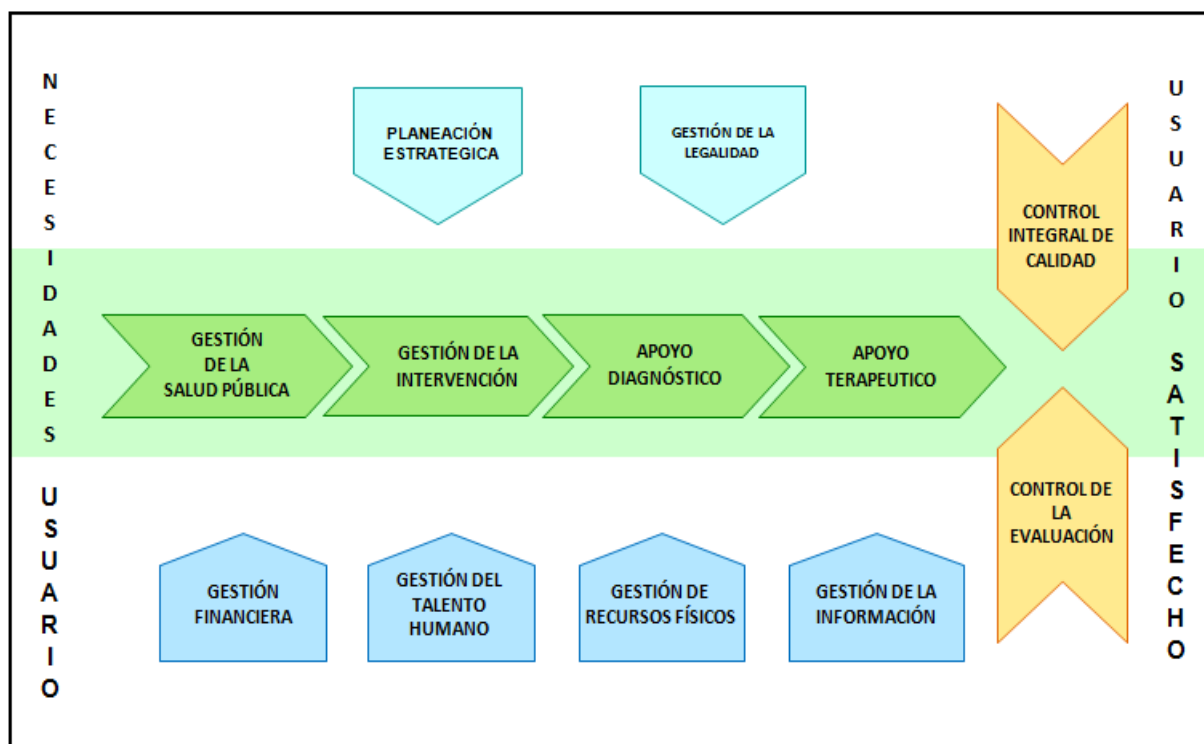
| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [8] de 26 |


- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

9. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional del Hospital Departamental San Antonio está compuesta por un conjunto de dependencias misionales y administrativas que interactúan entre sí con el objeto cumplir con la razón de ser de la Entidad **ANEXO 1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL**


10. MAPA DE PROCESOS



| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [9] de 26 |

11. CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS

| TIPO DE PROCESO | CÓDIGO DEL PROCESO | NOMBRE DEL PROCESO | NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO |
|-----------------|--------------------|------------------------------------|---|--------------------------|
| ESTRATÉGICO | PE PE | PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | Planeación Estratégica | PD 01-PE PE |
| | | | Planeación Operativa | PD 02-PE PE |
| | PE GL | <u>GESTIÓN DE LA LEGALIDAD</u> | Contratación de Bienes y/o Servicios | PD 01-PE GL |
| | | | Gestión del Debido Proceso | PD 02-PE GL |
| | | | Control Interno Disciplinario | PD 03-PE GL |
| MISIONAL | PM SP | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Promoción de la Salud | PD 01-PM SP |
| | | | Prevención de la Enfermedad | PD 02-PM SP |
| | PM IN | <u>GESTIÓN DE LA INTERVENCIÓN</u> | Atención de Urgencias | PD 01-PM IN |
| | | | Gestión Médica | PD 02-PM IN |
| | | | Atención Odontológica | PD 03-PM IN |
| | | | Atención Quirúrgica | PD 04-PM IN |
| | | | Atención Obstétrica | PD 05-PM IN |
| | | | Internación | PD 06-PM IN |
| | PM AD | APOYO DIAGNÓSTICO | Gestión de Laboratorio Clínico | PD 01-PM AD |
| | | | Gestión de Imagenología | PD 02-PM AD |
| | PM AT | APOYO TERAPÉUTICO | Valoración | PD 01-PM AT |
| | | | Sesión de Tratamiento | PD 02-PM AT |
| | | | Manejo Interdisciplinario | PD 03-PM AT |
| APOYO | PA GF | GESTIÓN FINANCIERA | Gestión de Presupuesto | PD 01-PA GF |
| | | | Gestión Contable | PD 02-PA GF |
| | | | Facturación | PD 03-PA GF |
| | | | Gestión de Costos | PD 04-PA GF |
| | | | Gestión de Cartera | PD 05-PA GF |
| | | | Gestión de Tesorería | PD 06-PA GF |
| | | | CAJA MENOR | anexo al PD 06-PA GF |
| | PA TH | <u>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</u> | Selección y vinculación | PD 01-PA TH |
| | | | Inducción y Reinducción | PD 02-PA TH |
| | | | Desarrollo de Competencias Laborales | PD 03-PA TH |
| | | | Gestión de la Calidad de Vida Laboral | PD 04-PA TH |
| | | | Evaluación de Desempeño | PD 05-PA TH |
| | | | Desvinculación | PD 06-PA TH |
| | | | Nómina, Seguridad Social y Parafiscales | PD 07-PA TH |
| | PA RF | <u>GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</u> | Administración de Insumos | PD 01-PA RF |
| | | | Administración de Activos | PD 02-PA RF |
| | | | Mantenimiento | PD 03-PA RF |
| | | | Servicios Generales | PD 04-PA RF |
| | PA GI | <u>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</u> | Gestión Documental - Control de Registros | PD 01-PA GI |
| | | | Gestión Estadística | PD 02-PA GI |
| | | | Gestión de la Seguridad Informática | PD 03-PA GI |
| | | | SIAU | PD 04-PA GI |
| EVALUACIÓN | PC CC | <u>CONTROL INTEGRAL DE CALIDAD</u> | Control de Documentos | PD 01-PC CC |
| | | | Control de Producto/Servicio No Conforme | PD 02-PC CC |
| | | | Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora | PD 03-PC CC |
| | | | Seguimiento a Quejas y Reclamos | PD 04-PC CC |
| | | | Autoevaluación Acreditación | PD 05-PC CC |
| | PC CE | <u>CONTROL DE LA EVALUACIÓN</u> | Auditorías Integrales | PD 01-PC CE |
| | | | Revisión por la Dirección | PD 02-PC CE |
| | | | Seguimiento y Evaluación | |

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [10] de 26 |

12. ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD- SGC

Para el adecuado funcionamiento del SGC, el Hospital San Antonio presenta la siguiente estructura documental, la cual integra cada uno de los elementos documentales que constituyen el desarrollo de sus diferentes procesos y procedimientos, en coherencia con los puntos de control documental y control de registros, así como las normas de gestión documental consagrados en la normatividad colombiana:

Plan Estratégico: Define la orientación del Hospital en el corto, mediano y largo plazo, incluye la Misión es decir la razón de ser de la institución; la Visión que determina hacia dónde se quiere llevar la institución en el largo plazo; y los objetivos que se definen como el elemento programático que identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a la misión o a los propósitos institucionales.

Normograma: Relaciona las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que le son aplicables, para el cumplimiento de su misión.

Manual de Calidad: Es el documento que especifica el SGC del HDSA, en él se detalla el alcance del SGC, los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión, o referencia a los mismos, así como la descripción de la interacción entre sus procesos.


Mapa de Procesos: Representación gráfica de la identificación de los procesos de la entidad y se definen sus interacciones.

Caracterizaciones de proceso: Tiene como finalidad describir el proceso, definiendo entre otros, el objetivo, alcance, responsable, los recursos necesarios para su operación y los indicadores necesarios para garantizar su control. En el Hospital esta información se documenta en el Formato Estandarizado de Procesos (FEP).

Procedimientos (POE): Especifican de manera detallada la forma de ejecutar las diferentes actividades tendientes al cumplimiento de los objetivos de los diferentes procesos identificados en el Sistema. Dichos procedimientos cuentan con una documentación de referencia como son los formatos e instructivos:

Manuales: Instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y procedimientos de los órganos de una institución; así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución del trabajo asignado al personal, teniendo como marco de referencia los objetivos de la institución.

Guías de Manejo Clínico: Informe desarrollado sistemáticamente para apoyar a clínicos y pacientes en la toma de decisión acerca de un tratamiento apropiado para una condición específica.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [11] de 26 |

Protocolos: Documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud, como producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.

Instructivos: Orientan a los funcionarios sobre la forma detallada y específica de adelantar una actividad que se encuentra involucrada en los procedimientos.

Formatos: Documento soporte del procedimiento donde se deben realizar ciertos registros.

Registros del Sistema: Conjunto de evidencias que se generan una vez se han adelantado las diferentes actividades del proceso. A estos se aplican los procedimientos y especificaciones consignadas en el Manual y las Tablas de Retención Documental (TRD) del Hospital.

13. INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD- SGC

A continuación, se establecen los parámetros a seguir para la elaboración de los documentos que integran el Sistema de Gestión de Calidad - SGC del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E. - HDSA.

13.1 ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Para la elaboración de los procedimientos del SGC, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

13.1.1 Encabezado: El encabezado lo lleva la primera página del documento con un margen de 1 centímetros y consta de:

- **Logotipo y nombre de la Entidad:** El logotipo del Hospital debe ir a lado izquierdo y centrado. El nombre “Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E.” debe ir centrado debajo del logotipo en mayúscula inicial con letra Arial de 6 puntos.
- **Proceso:** Se escribe en mayúscula sostenida centrada en fuente tipo Arial de 12 puntos.
- **Procedimiento:** Se escribe en mayúscula sostenida centrada en fuente tipo Arial de 12 puntos.
- **Página:** Identificación numérica del número de páginas que contiene el procedimiento. Se escribe en mayúscula inicial en fuente tipo Arial de 8 puntos, de la siguiente forma **1 de xx**, donde **xx** indica el total de páginas que contiene el documento.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [12] de 26 |

- **Código:** Identificación alfanumérica que es asignada por la Oficina de Calidad (ver numeral 4) el cual se escribe en mayúscula sostenida en fuente tipo Arial de 8 puntos.
- **Versión:** Identifica el número de modificaciones que ha presentado el documento desde su aprobación, cuando se presenten modificaciones en el SGC del Hospital, la versión se modifica de la siguiente manera: 01, 02, 03 y así sucesivamente.
- **Aprobación:** En este campo se registra también la fecha en la cual es aprobado el procedimiento. Se escribe en mayúscula sostenida en fuente tipo Arial.

Con estos parámetros el encabezado es el siguiente:

| | | | |
|---|----------------|------------------------|--------------------|
|  Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E. | PROCESO: | PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | Página 1 de |
| | | | POE 01-PR-PE |
| | PROCEDIMIENTO: | PLANEACIÓN FINANCIERA | Versión: 01 |
| | | | Fecha de Revisión: |

13.1.2 Objetivo: Es el propósito y resultado cuantificable a ser alcanzado o mantenido, con la aplicación del procedimiento, y que refleja el beneficio que obtiene el usuario. Este propósito debe redactarse de manera concisa. Especificará los resultados o condiciones que se desean lograr e iniciará con un verbo en infinitivo.

13.1.3 Alcance: Expresa el campo o la aplicabilidad del procedimiento basado en:


El límite del procedimiento: La actividad con la que inicia y la actividad con la que termina. Su ámbito de aplicación a quien está dirigido: Dependencias, funcionarios, procesos, entre otros.

13.1.4 Definiciones: En este campo se debe definir los términos que son necesarios para la comprensión y ejecución del procedimiento, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, para hacer más accesible al usuario. Los términos deben registrarse de forma alfabética, en mayúsculas sostenidas y negrilla, su contenido (significado) deberá ir en mayúscula inicial. Ejemplo:

GESTIÓN: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

13.1.5 Líder del procedimiento: Se refiere a los cargos de los funcionarios que realizan las tareas que hacen parte de la actividad, por ejemplo: Auxiliar Administrativo de Contabilidad, Tesorero, Enfermero. También puede hacer referencia a Comités formalmente adoptados en la Entidad. Entre comillas, se diferenciarán aquellas denominaciones que no están dentro de la planta de cargos del Hospital. Y responsable de diligenciar y mantener actualizadas las actividades de su proceso.

13.1.6 Descripción del procedimiento: Descripción detallada de las actividades de manera

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [13] de 26 |

tal que permita al personal comprenderlas, seguirlas y aplicarlas, aun cuando sea de recién ingreso al Hospital y/o Dependencia. Los parámetros establecidos para el registro de la descripción son los que se describen a continuación:

| PASO | DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO | RESPONSABLES | | | | REGISTRO |
|------|-------------------------------|--------------|--|--|--|----------|
| | | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |

PASO: La denominación de los pasos o tareas correspondientes al procedimiento se inicia con la denominación 1 hasta la definición del número necesario de pasos para finalizar el procedimiento.


- **Fin:** Último paso del procedimiento. Su descripción indica la información o producto resultante del desarrollo total del procedimiento (valor agregado), el cual se convierte en la entrada o requisito (insumo) para otro procedimiento. De igual manera, en la columna “Descripción” se debe relacionar el o los procedimientos a los cuales este producto o información les sirve de insumo.

13.1.7 Descripción del procedimiento: Se debe realizar una descripción detallada de la actividad relacionada en la casilla de descripción, la cual servirá de base para orientar el desarrollo de la tarea a la persona que se ha encargado de su ejecución. Se debe iniciar con verbo en infinitivo.

13.1.8 Diagrama de flujo: Es la representación gráfica de la secuencia de las actividades y responsables que intervienen en el desarrollo del procedimiento relacionadas en la descripción.

El flujo del procedimiento iniciará desde la primera columna de la izquierda, el trazo iniciará de arriba hacia abajo, y de izquierda hacia la derecha, posteriormente el flujo puede retroceder dependiendo del procedimiento.

El diagrama utilizado es llamado diagrama de bloque horizontal, este permite tener la visión global de los participantes y se compone de tantas columnas como áreas responsables, que

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [14] de 26 |

intervienen en el procedimiento.

Los tamaños y formas de los símbolos que se utilicen deben ser uniformes y deben permitir visualizar con claridad el contenido del texto que está dentro.

El texto que describe una actividad en los símbolos de los flujogramas, debe redactarse de manera breve y comprensible.



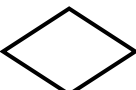
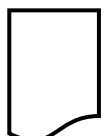
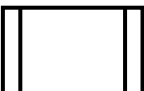
La distribución de los símbolos del flujograma y su presentación, debe reflejar en forma explícita, clara y completa el procedimiento.


La secuencia de los pasos del procedimiento en un flujograma debe conectarse mediante flechas elaboradas con líneas rectas que señalan un punto de origen y un destino.




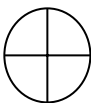




La redacción de cada actividad iniciará con verbo en infinitivo, exceptuando los pasos que involucren decisión.

No se permite el uso de líneas curvas, para enlazar actividades.

- Simbología recomendada pero NO obligatoria para elaborar flujo gramas a excepción de las primeras tres figuras:

| NOMBRE | SÍMBOLO | SIGNIFICADO |
|--|---|--|
| TERMINAL: |  | Indica la iniciación y terminación del procedimiento. En El interior se escribe la palabra INICIO O FIN en estilo de fuente negrilla y mayúscula sostenida. |
| OPERACIÓN: |  | Describe la acción o actividad que debe desarrollarse, para la ejecución, transformación de recursos, información o bienes. |
| DECISIÓN O ALTERNATIVA: |  | Indica un punto dentro del flujo en que son posibles caminos alternativos, dependiendo de una condición dada. Siempre se debe formular a manera de pregunta. Ejemplo, ¿Los documentos están completos? La tendencia es suprimir cada vez más este símbolo dentro del procedimiento, considerando que este se diseña de manera positiva. |
| DOCUMENTO: |  | Representa cualquier tipo de documento electrónico o manual que se utilice en el procedimiento, El cual aporta o en El cual se registra información para que este se pueda Desarrollar, v, gr., una cuenta de cobro, la cédula de ciudadanía, Una orden de compra, etc. |
| PROCESO O PROCEDIMIENTO PREDEFINIDO |  | Representa un proceso o procedimiento predefinido, documentado y estandarizado, el cual cuenta con un flujograma propio ya sea de la Dependencia o de otra con la cual tiene interacción. |

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [15] de 26 |

| NOMBRE | SÍMBOLO | SIGNIFICADO |
|--|--|--|
| CONECTOR |     | <p>Es el símbolo que facilita la continuidad de las rutinas de trabajo, evitando la intersección de líneas. Normalmente se indica la continuidad de un paso a otro a través de letras o números insertos en el símbolo.</p> <p>El conector puede asumir varias formas:</p> <p>De rutina: Representa una conexión o enlace de un paso del procedimiento con otro dentro de la misma página o entre páginas. El símbolo lleva inserto un número.</p> <p>De página: Representa una conexión o enlace de un paso del final de página con otro paso en el inicio de la página siguiente, donde continúa el flujograma. El símbolo lleva inserta una letra mayúscula.</p> <p>Conector de actividades tipo “Y”: se utiliza para relacionar actividades de tipo no excluyente, de modo que se puedan adelantar simultáneamente; pueden seguir varias rutas según la necesidad.</p> <p>Conector de actividades tipo “O”: se utiliza para relacionar actividades de tipo excluyente, en donde solo se puede seguir una sola vía según el caso.</p> |
| SENTIDO DE CIRCULACIÓN DEL FLUJO DE TRABAJO |  | Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben ejecutar los distintos pasos, definiendo de esta manera la secuencia del proceso. |
| ARCHIVO DE DOCUMENTOS |  | Representa gráficamente toda la documentación que interviene en el proceso y es remitida en medio físico al archivo de la unidad o el archivo central e histórico. |
| DATOS ALMACENADOS |  | Se utiliza para representar toda la información cuyo registro no queda en medio físico pero queda registrada en bases de datos o en los aplicativos utilizados. |
| DISCO MAGNETICO |  | Se utiliza para representar a toda la información que se encuentra registrada en un medio magnético. |

Insumos necesarios para la actividad: Se deben registrar los insumos que se requieren para dar inicio al desarrollo de la actividad, entre ellos se encuentran los del paso 0.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [16] de 26 |

Resultados y productos: hace referencia a los resultados (productos, servicios o información) que se genera como resultado del desarrollo de la actividad los cuales deben ser evidenciables y tangibles; Ejemplo:

- Resultados o productos de la actividad: Plan de mejoramiento, orientación para consulta, datos estadísticos.

Código y nombre de formatos o registros: Se debe referenciar en este espacio el nombre y código de los formatos o registros que se utilizan para realizar la actividad u obtener el producto o resultado especificado anteriormente. Ejemplo:

- F01- PD01-PC CC Formato de control de procesos y procedimientos
- F02- PD01-PC CC Formato de control formatos y documentos.

13.1.9 Documentos Referencia: Registro de los documentos necesarios para desarrollar o finalizar favorablemente la consecución puntual del procedimiento. Este registro comprende el diligenciamiento del tipo del documento de referencia, el número y fecha de la aprobación del documento y el nombre dicho documento.


El tipo de documento únicamente debe corresponder a Acuerdos, Resoluciones, Decretos, Leyes o procedimientos; el N° y Fecha de aprobación del documento corresponde al número y fecha del Acuerdo, Resolución, Decreto, Ley o procedimiento por la cual fue aprobado el documento de Referencia.

En este campo se describen todos los documentos que tienen relación con el desarrollo del procedimiento (Constitución Política de Colombia, Leyes, decretos, decretos ley, Directiva presidencial, acuerdos y Resoluciones por los cuales se adoptan manuales, instructivos, entre otros), y son referencia como medio de consulta para la interpretación, aplicación o modificación del procedimiento o los documentos que lo soportan.

Se deben incluir todos los documentos tanto internos como externos a la unidad o Institución.

Para su descripción se debe utilizar la siguiente matriz modelo:

| 9. Documentos de Referencia | | |
|-----------------------------|---------------------------------|---|
| Tipo de Documento | N° y Fecha de Tipo de Documento | Nombre |
| LEY | 872 del 30 diciembre de 2003 | Por la cual se crea el sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios. |
| ACUERDO | 2566 del 10 de sept de 2003 | Por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones |
| DECRETO | 2567 del 10 de sept de 2003 | Por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones |
| RESOLUCION | 2568 del 10 de sept de 2003 | Por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones |
| PROCEDIMIENTO | 000-21-11-2008 | P-GQ-GCMU-001-PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD |

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [17] de 26 |

13.1.10 Modificaciones o Actualizaciones: En este campo se describen las modificaciones o cambios que se le efectuaron al procedimiento en cada versión, las cuales son las mismas que se diligencian en el campo de justificación del Formato de Solicitud de emisión, Modificación o anulación de documentos y formatos F01-POE01- PCCC Cuando un procedimiento ha presentado varios cambios en diferentes versiones, en este campo, debe llevarse el registro consecutivo.

Dentro de esta información se coloca la versión modificada o actualizada, en el campo de fecha se debe colocar la fecha de solicitud, en la descripción se coloca la justificación y el cambio realizado dentro del procedimiento.

Para lo cual se utiliza la siguiente matriz modelo:

| 10. Modificaciones/actualizaciones | | |
|------------------------------------|-------|---|
| Versión | Fecha | Descripción resumida de la modificación/actualización |
| 001 | | |
| 002 | | |
| 003 | | |


13.1.11 Aprobación y Oficialización: Espacio donde se hace el registro de los nombres de los responsables de la elaboración, revisión y aprobación. La solicitud de modificación la puede hacer cualquier persona dirigida al líder del proceso, la elaboración o modificación del documento la debe realizar el líder de proceso, la revisión la realizará la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario y la aprobación la realizará el comité técnico de gestión de la calidad.


| 11. Aprobación y oficialización | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|
| Fases | Cargo | Nombre | Documento por el cual se aprobó |
| Elaboración | Lider del proceso de gestión administrativa | Nancy Rodríguez Mateus | Correo Institucional. |
| Revisión | Gerencia de Calidad y Mejoramiento U | Luigi Humberto Lopez | Correo Institucional. |
| Aprovación | Comité Técnico de calidad y MECI | Jaime Alberto Leal Afanador | Acta de Comité de 12 de Marzo de 2009 |

13.2 ELABORACIÓN DE INSTRUCTIVOS

Para la elaboración de los instructivos del SGC que administran las unidades funcionales de la institución y que soportan los procedimientos se deberán seguir los siguientes parámetros:

13.2.1 Encabezado: Siguiendo las pautas del presente ejemplo:

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [18] de 26 |

| | | |
|---|---|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado Nit.891.900.343-6 | I 01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 01 30/01/2018 |
| | INSTRUCTIVO PARA LA ELEBORACION DE DOCUMENTOS DEL SGC | Página: [18] de 16 |

- Nombre del instructivo: Se diligencia en mayúscula sostenida en letra Arial con tamaño de 10 a 12 puntos.
- Nombre del procedimiento relacionado: Se diligencia en mayúscula sostenida en letra Arial con tamaño de 10 a 12 puntos.
- Código, versión y página: Corresponde a la información ya mencionada en el numeral 1.1. correspondiente a encabezados de procedimientos.


13.2.2 Cuerpo del documento: Es el campo donde se diseña o coloca la información específica del instructivo, requerida para el desarrollo del procedimiento. El esquema del contenido esta delegado en cada unidad, tanto en forma como en fondo.

13.2.3. Final del Documento: Debe estar incluida la información de control del documento, en el cuadro siguiente:

| MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DEL INSTRUCTIVO | | |
|--|------------|---------------------------------|
| VERSION | FECHA | DESCRIPCION RESUMIDA DEL CAMBIO |
| 000 | 13/10/2009 | Vigente |
| 001 | | |
| 002 | | |

| | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|
| ELABORADO POR: | REVISADO POR: | APROBADO POR: |
| Giana Chaick- Cristian cancio. | Nury Moreno | Luigi Lopez |

- Versión: Se debe colocar el consecutivo correspondiente
- Fecha: Se coloca la fecha en la que fue aprobado el instructivo
- Descripción resumida del cambio: Se debe colocar la descripción del cambio del instructivo, el cual también debe estar relacionado en el Formato de Solicitud de emisión, Modificación o anulación de documentos.
- Elaborado por: Indica el nombre de la personal que elaboró el documento. Se escribe el nombre y el primer apellido con mayúscula inicial centrada.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [19] de 26 |


- Revisado por: Indica el nombre del responsable del área que emite el documento. Se escribe el nombre y el primer apellido con mayúscula inicial centrada.
- Aprobado por: Indica el nombre del responsable designado por la UNAD. Se escribe el nombre y el primer apellido centrado.


13.3 ELABORACIÓN DE FORMATOS

El contenido general de todos los formatos del SGC, de las unidades funcionales, que soportan los procedimientos está regido por los parámetros que describe este numeral.

13.3.1 Clasificación de los formatos

- Formatos Internos: Son todos aquellos formatos utilizados al interior de las unidades en medio escrito, magnético o digital para el desarrollo de sus procedimientos y aparecen referenciados dentro del LISTADO MAESTRO DE FORMATOS Y REGISTROS F 01 PD01 PC CC No se producen en gran volumen y su diseño y modificación lo establece cada unidad,

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [20] de 26 |

| | | | |
|---|--|------------------------------|----------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado | NIT. 891.900.343-6 | F 01-POE 01-PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | | Versión: 01 |
| | SOLICITUD DE EMISIÓN, MODIFICACION O ANULACION DE DOCUMENTOS Y FORMATOS | | 01-sep-12 pagina 1 de 1 |

FECHA:

NOMBRE DE SOLICITANTE:

TIPO DE DOCUMENTO O FORMATO:

NOMBRE DEL DOC. O FORMATO:

SELECCIONE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD:

☐ EMISIÓN O CREACION DE DOC O FORMATO NUEVO ☐ MODIFICACION DEL DOC O FORMATO ☐ ANULACION DEL DOC O FORMATO

JUSTIFIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD:

CONTROL DE APROBACION DEL DOCUMENTO O FORMATO

| CARGO DE LOS RESPONSABLES DE APROBACION | NOMBRE DE RESPONSABLE | DOCUMENTO O FECHA DE CORREO POR EL CUAL SE APROBO EL DOCUMENTO |
|---|-----------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |


NUEVA VERSION DEL DOC. O FORMATO:

PROCESO AL QUE PERTENECE EL DOC. O FORMATO:

PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE EL DOC. O FORMATO:

COD. DEL DOC. O FORMATO: NUEVA VERSION DEL DOC. O FORMATO:

- **Formatos pre-impresos:** Son aquellos formatos que la institución genera en forma masiva y son utilizados de forma genérica por diferentes unidades. Ejemplo:


| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [21] de 26 |

| | | | | | |
|---|--|--------|---|--|--|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E. | | F 01-PD 01-PR AT | | |
| | APOYO TERAPÉUTICO | | Versión: 02 | | |
| | HORARIO DE CITAS | | 12/02/2017 | | |
| 1. SERVICIO: | | | Teléfono 2295000 Fisioterapia Extensión 110 Terapia Respiratoria Extensión 150 | | |
| 2. FECHA | | | 3. H.C No. | | |
| 4. 1er Apellido | 2do. Apellido | Nombre | | | |
| 5. EDAD: | 6. SEGURO: | | | | |
| 7. Dx: | | | | | |


- **Formatos de aplicaciones:** Son todos aquellos formatos que contiene los aplicativos, los cuales se diseñan de acuerdo a las necesidades de información de los usuarios y de la aplicación, por lo tanto este documento no genera parámetros para su estandarización y tan solo con mencionar la existencia del sistema integrado SIOS en los procedimientos del SGC queda vinculado de manera integral al sistema. Ejemplo:
- **Formatos especiales:** Son aquellos que se controlan pero que no llevan el encabezado característico de los formatos del SGC, buscando cuidar el estilo e imagen de ciertos registros y documentos, dentro de este tipo de formatos se encuentran: el formato e procedimiento y el formato de caracterización de proceso, donde tienen su código y versión al final del documento.

13.3.1 Parámetros para el diseño de formatos:

- **Encabezado:** Para documentar los formatos del SGC se debe tener en cuenta la siguiente estructura:

| | | |
|---|---|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado Nit.891.900.343-6 | I 01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 01 30/01/2018 |
| | INSTRUCTIVO PARA LA ELEBORACION DE DOCUMENTOS DEL SGC | Página: [21] de 16 |

- **Nombre del formato:** Se diligencia en mayúscula sostenida en letra Arial con tamaño de 10 a 12 puntos.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [22] de 26 |

- Nombre del procedimiento relacionado: Se diligencia en mayúscula sostenida en letra Arial con tamaño de 10 a 12 puntos.
- Código, versión y página: Corresponde a la información ya mencionada en el numeral 1.1. correspondiente a encabezados de procedimientos.
- Cuerpo del documento: Es el campo donde se diseña o coloca la información específica requerida para la realización de los registros requeridos para el desarrollo del procedimiento y/o requerimientos del usuario. El esquema del contenido esta delegado en cada unidad, tanto en forma como en fondo.

13.4. CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

La codificación de los documentos del SGC del HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO, se rigen por los siguientes parámetros:

CÓDIGO: [A-BB-CCCC](#)


Donde:

A: Es la letra que indica el tipo de documento, ejemplo:

| TIPO DOCUMENTO | COD. |
|---------------------------|------|
| PROCESO | P |
| PLANEACIÓN INTEGRADA | PIN |
| MAPA DE PROCESOS | MAP |
| GUÍA | GUI |
| MANUAL | MAN |
| INSTRUCTIVO | INS |
| PROCEDIMIENTO | POE |
| FORMATO | F |
| FORMATO DE ORIGEN EXTERNO | FOE |

BB: Corresponde al consecutivo de dicho documento, formato

CCCC: Es el **CODIGO DEL PROCEDIMIENTO** Es la codificación que identifica el proceso la cual se encuentra en el listado maestro de procesos y procedimientos, **seguido del código correspondiente al procedimiento** ejemplo:

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [23] de 26 |

| TIPO DE PROCESO | CÓDIGO DEL PROCESO | NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| ESTRATÉGICO | PE PE | PLANEACION |
| | PE GL | GESTION DE LA LEGALIDAD |
| MISIONAL | PM SP | GETION DE LA SALUD PUBLICA |
| | PM IN | GESTION DE LA INTERVENCION |
| | PM AD | APOYO DIAGNOSTICO |
| | PM AT | APOYO TERAPEUTICO |
| APOYO | PA GF | GESTION FINANCIERA |
| | PA TH | GESTION DE TALENTO HUMANO |
| | PA RF | GESTION DE RECURSO FISICO |
| | PA GI | GESTION DE LA INFORMACION |
| EVALUACIÓN | PC CC | CONTROL INTEGRAL DE CALIDAD |
| | PC CE | CONTROL DE LA EVALUCION |

NOTA: La codificación relacionada con el uso de los formatos externos con fines a la consolidación de información para el cargue de datos dirigidos a entidades de control no están sujetos a este tipo de codificación.

La política de calidad y los objetivos de calidad están contenidos en el manual de calidad, por lo cual son controlados mediante el código M01-PRCC

13.5 RECOMENDACIONES GENERALES NO OBLIGATORIAS


13.5.1 Márgenes

A continuación, se describen los parámetros para el manejo de márgenes de los documentos del SGC de la institución:

| MÁRGENES ESTABLECIDAS PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | |
|---|-------------------------------|
| TIPO DE MÁRGENES | DIMENSIÓN DADA EN CENTÍMETROS |
| Superior | De 2 a 3 |
| Inferior | De 2 a 3 |
| Izquierda | De 2 a 3 |
| Derecha | De 2 a 3 |

Para formatos del SGC si no es posible su configuración de página para impresión por su gran tamaño, serán aceptados con un margen de 2X2X2X2.

Todos los textos del SGC de la institución se desarrollarán con los parámetros establecidos en éste numeral a excepción de formatos, tablas y gráficos utilizados, los cuales se elaborarán en un tamaño mayor, igual o inferior a éste, de acuerdo con las necesidades del usuario.

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [24] de 26 |

13.5.2 Redacción de párrafos: La redacción de los documentos del SGC de la institución, se debe efectuar de manera sencilla y secuencial, bajo los parámetros establecidos en este numeral.

El numeral 7 de la matriz modelo para documentar procedimientos, se redacta en español, este es el campo más importante de todo el documento, razón por la cual se recomienda tener en cuenta las siguientes pautas de estructuración del lenguaje.

- **Nomenclatura de copias:** Para indicar el origen y el número de copias de un documento se puede usar una convención (0-N). Cero (0) para indicar original y (N) para las copias. Ejemplo: Recibo de caja en original y cuatro copias, se registrará (0-4) Recibo de Caja.

En caso de fotocopias se puede proceder de manera similar añadiendo la letra “F”. Ejemplo: Original y cuatro fotocopias se puede registrar así: (0-F4). (No es obligatorio efectuar la redacción de esta manera, es solo una guía de orientación)

- **Estructura de párrafos generales:** (Relacionadas con pasos o trámites generales tales como la elaboración de un documento o el diligenciamiento de un formato).

La redacción de esta clase de párrafos se inicia con verbo en infinitivo (ítem obligatorio), si es necesario modificar o especificar la acción, se pueden utilizar los gerundios correspondientes. Por ejemplo: “*Analizar cotizaciones de elementos estudiando detalladamente las especificaciones técnicas establecidas en el contrato*”. Sin la utilización del gerundio podría ser “*Analizar cotizaciones de elementos previo estudio de las especificaciones técnicas establecidas en el contrato*”.

- **Estructura de los párrafos de decisión:** (Involucran la toma de decisión): En su primera parte será similar a la de un párrafo general, pero, puede utilizarse para su terminación las palabras “y determinar”. En su segunda parte se describen las opciones iniciando con un verbo en infinitivo, ordenándolas con literales e indicando la justificación o condición precedida de la palabra “sí”. Por ejemplo:


Verificar que las existencias de elementos justifiquen una nueva adquisición y determinar:

a) Firmar el formato de solicitud No 32, si las existencias son nulas o insuficientes de acuerdo con los puntos de pedido. Continúe con el paso No...

b) Devolver el formato de solicitud No 32, si las existencias son superiores al estándar mínimo.

(No es obligatorio efectuar la redacción de esta manera, es solo una guía de orientación)

- **Estructura de un párrafo de distribución de documentos:** Pueden conservar en su composición el siguiente ordenamiento:

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [25] de 26 |

Verificar el cumplimiento de los requisitos legales del contrato, **radicar copias y distribuir**:

- (0) Secretaría General.
- (1) Compras.
- (2) Tesorería.
- (3) Almacén General.

- Manejo de siglas: Se permite el manejo de siglas siempre y cuando esté relacionado su significado en el numeral 4 del formato para documentar procedimientos. No obstante, en el cuerpo del documento debe quedar escrito el significado en una primera vez y luego sí continuar escribiendo la sigla.

13.5.3 Divisiones y subdivisiones

Se sugiere para el desarrollo de las divisiones y subdivisiones las que se relacionan a continuación, no son de estricto cumplimiento.


| DIVISIONES Y SUBDIVISIONES PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS | | | |
|--|----------------|-------------------|---------------------|
| DIVISIÓN | | TIPO Y TAMAÑO | LINEAMIENTO |
| Primer nivel | 1. TÍTULO 1 | Arial 11 Negrilla | Mayúscula sostenida |
| Segundo nivel | 1.1 TÍTULO 2 | Arial 11 Negrilla | Mayúscula sostenida |
| Tercer nivel | 1.1.1 Título 3 | Arial 11 Negrilla | Mayúscula inicial |
| Cuarto nivel | ➤ Viñeta | Arial 11 | Mayúscula inicial |
| Quinto nivel | • Viñeta | Arial 11 | Mayúscula inicial |
| Sesto nivel | ✓ Viñeta | Arial 11 | Mayúscula inicial |

Se sugiere que los dos primeros niveles sean independientes, los textos se desarrollan una vez se deja un espacio de separación. Para los niveles siguientes el texto se desarrolla inmediatamente después de asignar dos puntos (:). Todos los títulos comienza desde el margen izquierdo.

Todos los textos se deben desarrollar en fuente tipo ARIAL 11 a excepción de las tablas y gráficos utilizados, los cuales se elaboran en un tamaño mayor, igual o inferior a éste, de acuerdo con las necesidades del usuario.

El interlineado a utilizar es sencillo y entre párrafos es de un espacio. Todos los textos se deben justificar.

13.5.4 Impresión de Documentos

| | | |
|---|--|---------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E. ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA Nit: 891.900.343-6 | M01POE 01 PR CC |
| | CONTROL INTEGRAL DE LA CALIDAD | Versión: 02 30/01/2018 |
| | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | Página: [26] de 26 |

Toda la documentación del SGC de la institución, se deberá manejar preferiblemente en la Red Institucional. Cuando se requiera alguna impresión se deberá cumplir con los siguientes parámetros para las características del papel:

Tamaño carta y oficio.
Papel bond membretado.

13.7 ANEXOS

Anexo 1: Estructura organizacional

Anexo 2: Todos los procedimientos que hacen parte de los procesos, se encuentran relacionados en los listados maestros de control de documentos

| CONTROL DE CAMBIOS | | |
|---------------------------|--------------|--|
| VERSIÓN | FECHA | DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL CAMBIO |
| 01 | 26/01/2013 | Creación del documento |
| 02 | 30/01/2018 | Se actualiza el documento |

| ELABORADO POR: | REVISADO POR: | APROBADO POR: |
|--|-----------------------------------|---|
| | | |
| Issa Fda Domínguez Asesora de Calidad | Yaraví Maite Llanos Subgerente | Mauricio Saldarriaga Vinasco Gerente |