MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Contenido

1. INTRODUCCION 4
2. OBJETIVO 5
4. REFERENTE TEORICO Y/O DEFINICIONES 5
5. PLATAFORMA ESTRATEGICA 6
   - Creación 6
   - Valores 6
   - Principios 7
   - Misión 7
   - Visión 8
   - Objetivos estratégicos 8
   - Política de calidad 8
6. MAPA DE PROCESOS 9
   - Organigrama 11
7. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS 12
   - Procesos Estratégicos 12
   - Procesos Misionales 21
   - Procesos de Apoyo 36
   - Procesos De Evaluación 47
8. Listado de documentos de cada proceso. 50
   - Documentos Macroproceso Estratégico 50
   - Documentos Macroproceso Misional 52
   - Documentos Macroproceso de Apoyo 62
   - Documentos Macroproceso de Evaluación 67

CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR: John Douglas Contreras	**REVISADO POR:** Mara Vázquez	**APROBADO POR:**
Cargo asesor de calidad	**líder calidad**	**Cargo**

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN.	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
30-11-2023	0	Elaboración del Manual de procesos y procedimientos

1. INTRODUCCION

Los procesos y procedimientos de gestión conforman la estructura del Sistema Integral de Garantía de la Calidad; por lo cual, deben ser plasmados en manuales prácticos que sirvan como mecanismo de consulta permanente, atención integral y personalizada de las actividades de promoción, recuperación de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad por parte de todos los trabajadores de la E.S.E., permitiéndoles un mayor desarrollo en la búsqueda del Autocontrol.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha preparado el presente Manual de Procesos y Procedimientos, en el cual se define la gestión sistemática que agrupa las principales actividades y tareas dentro de la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN teniendo como propósito fundamental servir de soporte para el desarrollo de las acciones y actividades, que en forma cotidiana la entidad debe realizar, a fin de cumplir con cada competencia particular asignadas por mando constitucional o legal.

Para la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN, este manual constituye un soporte fundamental para la consolidación de su Sistema Integral de Garantía de la Calidad y orienta a la institución a la mejora continua en la prestación de los servicios.

2. OBJETIVO

El presente manual de procesos tiene como objetivo principal estandarizar y documentar las actividades y pasos necesarios para llevar a cabo diferentes procesos dentro de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Sahagún, con el fin de garantizar la calidad, eficiencia y seguridad en la prestación de servicios, mecanismos de sensibilización, que se despliegan y solidifican para brindar fortalecimiento a la cultura del Autocontrol y del mismo Sistema de Control Interno.

3. ALCANCE.

INICIA: la identificación de la plataforma estratégica institucional

TERMINA: en la estructuración del listado documental de la versión aplicable

4. REFERENTE TEORICO Y/O DEFINICIONES

Caracterización: es el proceso de recopilar y analizar información para comprender y describir las características de una población en términos de salud, enfermedades, factores de riesgo y otros aspectos relevantes.
Indicador: es una medida cuantitativa o cualitativa que se utiliza para evaluar, monitorear y medir diferentes aspectos.
Mapa de procesos: es una representación gráfica que muestra la secuencia y relación entre los diferentes procesos de una organización, empresa o sistema. Ayuda a visualizar y comprender cómo se llevan a cabo las actividades y cómo se interrelacionan entre sí.
Misión: se centra en el objetivo para el presente, siendo inmediata, precisa y específica.
Organigrama: es una representación gráfica de la estructura jerárquica de una organización, empresa o institución. Muestra las diferentes posiciones, roles y niveles de autoridad dentro de la organización.
Plataforma estratégica: conjunto de acciones y recursos organizados de manera planificada y coordinada para abordar y mejorar la salud de una población específica, a través de la implementación de políticas, programas y servicios de salud.
Proceso: es una secuencia de pasos o acciones ordenadas y sistemáticas que se realizan para lograr un objetivo específico.
Recursos: cualquier elemento, ya sea físico, humano o financiero, que contribuye a la provisión de servicios de salud y atención médica, incluyendo instalaciones médicas, personal de salud, medicamentos, equipos, tecnología y financiamiento.
SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud.
SST: seguridad y salud en el trabajo.
Visión: se refiere a dónde se dirige esta compañía y cuáles son sus metas a medio y largo plazo.

5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

Creación

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Sahagún fue creada Mediante el ordenanza N.º 034 del 13 de diciembre de 1994, se reestructura el Hospital San Juan de Sahagún, en una E.S.E de segundo nivel de atención y adscrita a la secretaria de Salud Departamental, en calidad de entidad descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Valores

RESPETO: Es reconocer los derechos de todos los individuos, así como de la sociedad en que vivimos. El respeto consiste en aceptar y comprender las diferentes formas de actuar y pensar de otro ser humano, siempre y cuando no contravengan ninguna norma o derecho fundamental. Respetar a otra persona es ponerse en su lugar, tratar de entender que es lo que lo motiva y ayudarlo si fuera el caso

COMPROMISO: Es la capacidad del individuo para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado. Supone un esfuerzo permanente hacia la consecución de un objetivo, lo cual implica un alto grado de integración de la disposición física, emocional e intelectual de un sujeto sobre lo que desea conseguir, sea a beneficio propio o común.

SOLIDARIDAD: Se define como la capacidad de trabajar en equipo respetando y ayudando lo más que se pueda, coligados por una meta en común, la solidaridad proviene del instinto humano a buscar la convivencia social, a sentirse hermanado a sus semejantes logrando con ello una total cooperación en proyectos o metas en común.

TRABAJO EN EQUIPO: Es unir esfuerzos y compartir un propósito común conocido por todos, para entregar resultados de valor para nuestra organización, clientes y usuarios. Es trabajar con entusiasmo, manteniendo una comunicación efectiva, aportando diferentes puntos de vista, que permita engrandecer las ideas y aportes de todos.

RESPONSABILIDAD: Valor moral que permite a una persona administrar, reflexionar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos. Ser responsable es siempre hacerse cargo de los actos realizados por nosotros mismos, aceptando las consecuencias, sean estas buenas o malas, de nuestro accionar en el ámbito personal o laboral

HONESTIDAD: Es tomar solamente lo que es nuestro y respetar las ideas, el trabajo y los bienes de los demás. Dar a las personas que nos rodean lo que les corresponde, no solamente en términos materiales, sino en reconocimiento. Es tener decencia, decoro, recato y pudor hacia los demás y hacia la institución cuando desempeñamos alguna actividad.

Principios

Atención con Calidad: Brindar servicios de salud al cliente externo e interno, aplicando las características Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Continuidad y Seguridad) por medio de un nivel profesional óptimo, con el propósito de lograr la fidelización y satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

Orientación al Cliente: Es el deseo permanente de ayudar al cliente interno y externo, brindándole alternativas de solución para la satisfacción de sus necesidades en salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Actuación con Transparencia: se entiende como la ausencia de ocultamientos, segundas intenciones, manipulación, verdades a medias, inducción al error o a la percepción equivocada. Las relaciones de la institución con sus colaboradores, sus clientes y/o usuarios, proveedores, competidores, miembros de la Junta Directiva, lo mismo que las relaciones entre sus empleados, deberá estar presidida por la buena fe y la transparencia.

Confidencialidad con la Información: Toda la información de la institución y de los usuarios se considera confidencial, solo tendrán acceso a ella en los casos específicos de ley y por la reglamentación interna.

Protección de los bienes de la Institución: Todos los funcionarios velarán por la protección de los bienes de La ESE, especialmente por aquellos que estén bajo su cuidado, es una responsabilidad fundamental.

Comunicación Responsable: se entiende como la posibilidad de expresar abierta y libremente opiniones, conceptos e información, en forma responsable y veraz, utilizando los canales y medios establecidos por la institución.

Resolución asertiva del conflicto: La solución de los conflictos dentro de la ESE, está basada en la conciliación entre las partes y la utilización de los conductos regulares establecidos por la institución.

Actuación con Resiliencia: Capacidad de sobreponerse a las situaciones adversas, superando los problemas tanto con los demás como consigo mismo; habilidad para transformar las situaciones difíciles en una oportunidad de cambio.

Misión

Somos una empresa Social del Estado, prestadora de servicios de salud de mediana complejidad, dirigida a los usuarios y centros de referencia principalmente de la subred de la sabana y otras como San Jorge, alto, medio y bajo Sinú, que brinda una atención oportuna y pertinente, garantizando la accesibilidad y atención segura, humanizada e incluyente, para el individuo, familia y comunidad, con talento humano idóneo de principios éticos y responsabilidad social, con óptimos recursos tecnológicos y comprometidos con el mejoramiento continuo de la calidad.

Visión

La ESE San Juan de Sahagún, se proyecta para el año 2024 como una empresa líder, reconocida por la prestación de servicios de salud de mediana complejidad, con un modelo gerencia por procesos con altos estándares de calidad, apoyada con una adecuada tecnología y una cultura organizacional humanizada y sostenibilidad financiera, encaminada a la atención segura, con enfoque en la prevención del riesgo y amigable con el medio ambiente que impacte la salud integral del individuo, familia y comunidad.

Objetivos estratégicos

- Garantizar un manejo gerencial que permita la sostenibilidad de la institución con énfasis en la rentabilidad social.
- Establecer una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad sin detrimento de la calidad en la prestación de los servicios.
- Adoptar dentro de la cultura organizacional el mejoramiento continuo de la calidad y la permanente capacitación de nuestro talento humano
- Producir servicios de salud acordes con el perfil epidemiológico de la población del Departamento de Córdoba.
- Ofrecer a las aseguradoras y a las personas naturales que lo demanden, paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Establecer un programa de renovación tecnológica que permita mantener los más altos estándares en servicios especializados en la región.
- Garantizar los mecanismos de participación comunitaria
- Mantener un clima organizacional favorable que permita el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Desarrollar programas de manejo ambiental encaminados al control, prevención y mitigación del impacto generado por los servicios de salud prestados
- Adoptar la seguridad del paciente como pilar fundamental de la prestación de servicios de salud.

Política de calidad

En la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN la calidad en la prestación de los servicios de salud es un compromiso con los usuarios y con nosotros mismos, la buena atención se centrará inicialmente en una atención humanizada, segura y oportuna. Consiste en la búsqueda de los resultados a través del trabajo en equipo, por procesos, los cuales estarán en la búsqueda de la excelencia con el mejoramiento continuo como metodología, por lo que la evaluación será una constante para la toma de decisiones y hacer los ajustes que permitan estar dentro de los estándares permitidos y un modelo enfocado hacia la acreditación.

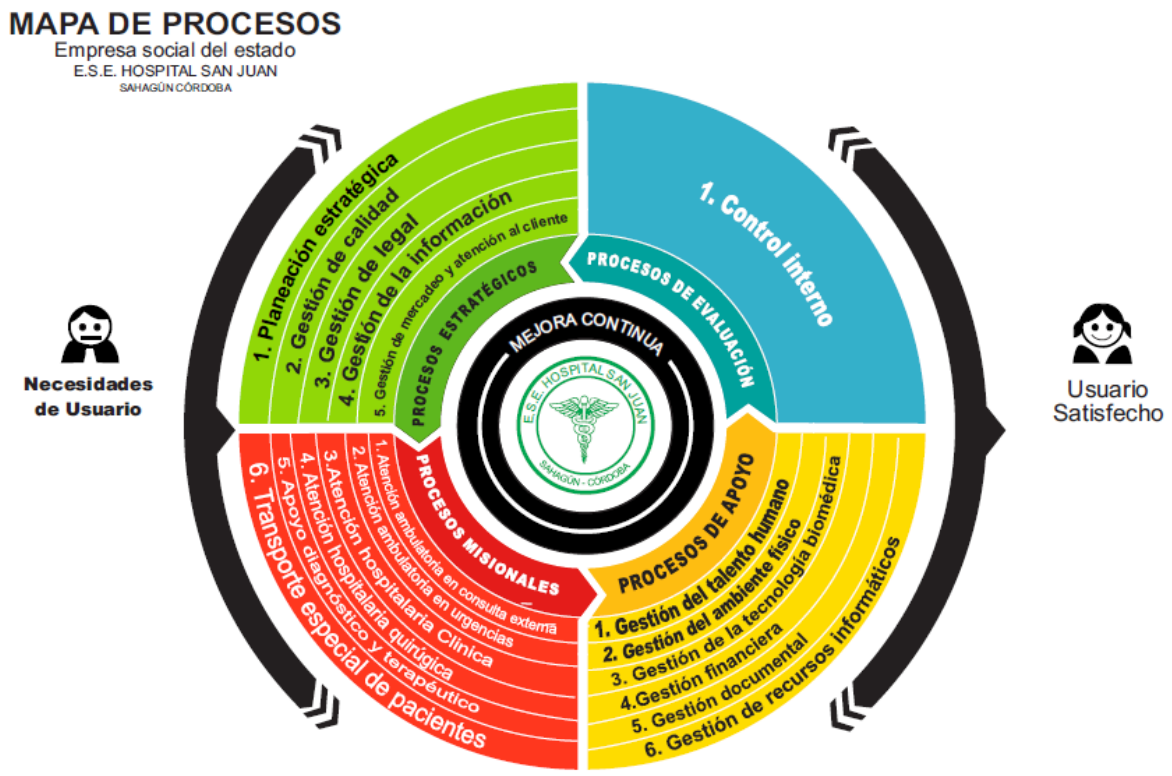
La mejora continua requiere de la comparación de resultados para poder continuar con este objetivo, en la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN dentro del proceso de referenciación competitiva realizará los ejercicios que permitan traer y adaptar aquellas prácticas que nos permitan mejorar en los servicios.

Lo anterior estará en cabeza y bajo la responsabilidad del equipo Gerencial de la ESE y su liderazgo lo ejercerá el proceso de Gestión de calidad quien coordinará las acciones pertinentes para de desarrollar e implementar el Sistema de Calidad de la ESE, en cumplimiento de la normatividad vigente establecida en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

6. MAPA DE PROCESOS

De acuerdo con los principios institucionales en el Sistema de Gestión de la Calidad, la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN, basa su sistema en el enfoque basado en procesos.

Se han identificado los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad como respuesta a la planificación de este, así como las entradas y salidas de los procesos los cuales tienen el enfoque dinámico PHVA. Los procesos que desarrolla la institución se clasifican en: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo y Procesos de Evaluación. Así como se puede observar en el siguiente esquema:



Procesos Estratégicos los cuales realizan actividades relativas al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios de acuerdo con los lineamientos normativos.

1. **Planeación estratégica:** Planear, monitorizar y hacer seguimiento a las estrategias de la ESE que le permitan lograr las metas de gestión propuestas

2. **Gestión de calidad:** Acompañamiento a los procesos de mejoramiento de calidad a través de metodologías validas que permitan el logro de los resultados
3. **Gestión legal:** Asesorar en el marco legal de las diferentes actuaciones administrativas en donde se requiera
4. **Gestión de la información:** Estructurar un sistema de información oportuno, veraz, eficiente, ágil y transversal, basado en las necesidades de la institución que proporcione la información que sirva como sistema de apoyo en la toma de decisiones y de esta forma lograr ventajas competitivas
5. **Gestión de mercadeo y atención al cliente:** Dar una estructura de ventas y relación con los clientes institucionales a través de la oferta e innovación en los servicios que permitan ingresos y una imagen institucional empresarial.

Procesos Misionales los cuales están conformados por los procesos productores de servicios, en cumplimiento del objeto social o razón de ser de la institución y se encuentra conformados por 7 procesos discriminados así:

1. **Atención ambulatoria en consulta externa:** Brindar atención y orientación al usuario que asiste a cumplir cita y/o procedimiento programado.
2. **Atención ambulatoria en urgencias:** Brindar una atención oportuna a los usuarios que cumplan con criterios establecidos según clasificación Triage; dentro de un alto nivel de competencia viéndose reflejada en beneficio efectivo de nuestros usuarios.
3. **Atención hospitalaria Clínica:** Ejecutar el plan de tratamiento propuesto, bajo la supervisión permanente del personal médico y paramédico durante la internación en el servicio.
4. **Atención hospitalaria Quirúrgica:** Proveer los servicios quirúrgicos que el usuario requiera de forma oportuna y segura
5. **Apoyo diagnóstico y terapéutico:** Generar ayudas para apoyar el diagnóstico en la conducta médica
6. **Transporte especial de pacientes:** Apoyar el sistema de referencia y contrarreferencia de la ESE y su área de influencia

Procesos Apoyo que corresponden a los procesos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación y se encuentra conformado por 7 procesos discriminados así:

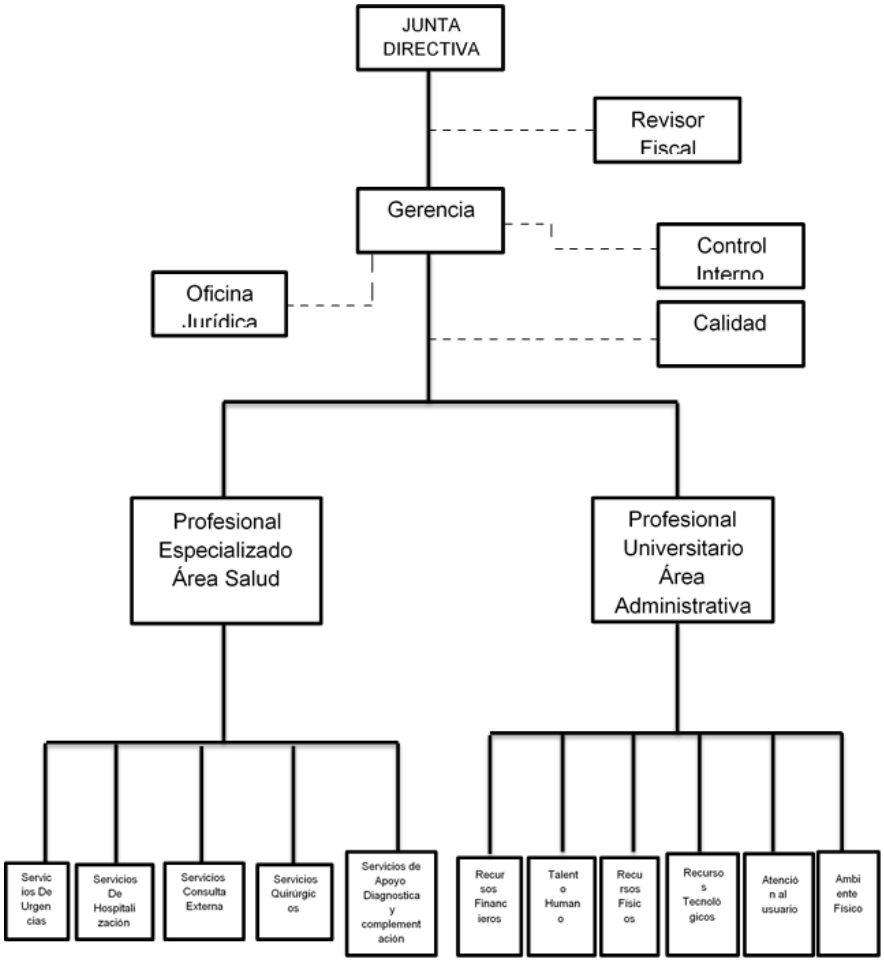
1. **Gestión del talento Humano:** Garantizar personal competente e idóneo con un clima laboral satisfactorio que impacte en el logro de los resultados de la ESE
2. **Gestión del ambiente físico:** Gestionar un ambiente físico funcional y seguro para los usuarios internos y externos de la ESE
3. **Gestión de la tecnología biomédica:** Garantizar la dotación de tecnología biomédica segura, disponible, funcional y suficiente para la prestación de los servicios de salud.
4. **Gestión financiera:** Garantizar y controlar los recursos financieros de ingresos y gastos para que la ESE pueda funcionar de manera adecuada.
5. **Gestión documental:** Lograr la disposición organizada, oportuna y ágil de información documental de la ESE para los usuarios internos y externos
6. **Gestión de recursos informáticos:** Apoyar la gestión de los procesos a partir de tecnologías informáticas confiables y seguras

Proceso de Evaluación en donde se incluyen todos los procesos para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis de desempeño y mejora de la eficacia y eficiencia y se encuentra conformado por:

1. **Control interno:** Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la organización entorno a la gestión por calidad de los procesos, así como de la eficiencia de estos

Organigrama

A partir de la estructura organizacional general de la ESE, se define una estructura de autoridades y responsabilidades.



7. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Procesos Estratégicos

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	PE-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	18/04/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**Planeación Estratégica**	**TIPO DE PROCESO:**	Estratégico
OBJETIVO:	Facilitar a la alta dirección la operacionalización de su estrategia, la formulación de programas y proyectos y el despliegue de la estrategia a los planes anuales de gestión; con el fin de alinear a toda la institución hacía el logro de unos objetivos comunes que impacten positivamente en la prestación de los servicios de salud de la entidad. Organizar el desarrollo y ejecución de los propósitos, políticas y objetivos institucionales mediante la formulación de planes de acción que orienten a las áreas estratégicas de la institución en la realización de las metas misionales.		
ALCANCE:	Desde: El análisis situacional Hasta: Retroalimentación al cumplimiento de los planes de gestión		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de Planeación		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Entidades gubernamentales de orden nacional	Normas vigentes Políticas Plan de desarrollo nacional Plan de desarrollo Departamental Plan de desarrollo municipal	Planeación y elaboración del Plan de Gestión institucional	Plan de Gestión institucional Planes operativos	Líderes de procesos Trabajadores Usuarios Partes interesadas Entes de control Junta Directiva
Auditoria de Calidad SIGC Auditoria de Control, gestión y evaluación	Informes Seguimiento SIGC Seguimiento Plataforma de gestión institucional			
Líderes de procesos SIGC, entes de control	Diagnostico Matrices de diagnóstico Resultados de las auditorias			
Junta Directiva	Plan de Desarrollo Institucional Aprobado	Establecer y socializar Planes operativos y programas	Planes operativos Indicadores de seguimiento	Líderes de procesos Trabajadores Usuarios Partes interesadas Entes de control Junta Directiva
Líderes de procesos	Necesidades de recursos financieros Proyectos de inversión Plan de Acción	Gestión y asignación de Recursos	Proyectos de inversión Presupuesto de ingresos y gastos	Gestión financiera

Sistema Integrado de Gestión y Calidad	Indicadores de PDI Indicadores de calidad	Seguimiento a ejecución de planes	Informes de estado de ejecución	Gerencia Líderes de procesos Auditoria de control, Gestión y Evaluación Auditoria de calidad
Auditoria de Control, gestión y evaluación	Planes Operativos Seguimiento a Planes operativos Planes de mejora	Ajustes del PDI y POA	Planes de mejora Acciones Correctivas	Gerencia Líderes de procesos Auditoria de control, Gestión y Evaluación

Riesgos asociados al proceso
Diagnostico erróneo, planes no ejecutados ni evaluados

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Profesional Universitario Área Administrativa, Auxiliar administrativo, Gerente, lideres de proceso.	computador con programas de procesamiento de datos y acceso a internet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Manual operativo MIPG, guía para rendición de cuentas, herramientas autodiagnóstico políticas del MIPG	Planes programas, proyectos, tablero de indicadores, planes operativos anuales, actas de comité de gestión y desempeño, reportes FURAG,

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**		
	Nombre	**Fórmula de cálculo**	**Responsable**
Ley 1438 de 2011, Decreto único reglamentario 780 de 2016, resolución 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 (evaluación de gerentes de las ESE).	Efectividad del PDI	(N° metas alcanzadas en el periodo/ Total de metas programadas en el periodo) X 100	Líder de planeación
	Eficacia PDI	(N° actividades alcanzadas en el periodo/ Total de actividades programadas en el periodo) X 100	Líder de planeación
	Mejora Continua	(Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizada/total de acciones de mejoramiento programas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria)	Líder Proceso de Calidad

NOTAS DE CAMBIO		
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**
0	18/04/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	GC-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	18/04/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**Gestión de la calidad**	**TIPO DE PROCESO:**	Estratégico
OBJETIVO:	Brindar acompañamiento a los procesos de mejoramiento de calidad a través de metodologías validas que permitan el logro de los resultados.		
ALCANCE:	Desde: Planeación del mejoramiento continuo Hasta: Comunicación y retroalimentación de resultados .		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión de calidad		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Todos los procesos	Planes de mejora	Planeación de la mejora continua	Auditorías de calidad de la atención en salud	Gerencia
Ministerio de Salud	Decreto único reglamentario en salud 780/2016	Asesoría para la ejecución de los planes de mejora	Informes a externos	Entes de control
Secretaría de Salud de Córdoba	Circular 012/16 de SNS	Monitorización y seguimiento a la mejora	Asesorías en calidad	Auditado
ESE	Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013	Retroalimentación y comunicación de resultados	PAMEC	
	PQR	Evaluación del proceso de mejoramiento continuo		
	Seguridad del paciente			
	Observatorio de calidad MSPS			
	Direccionamiento Estratégico			
	Plan de gestión			

Riesgos asociados al proceso
No cumplimiento a planes de mejora

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Lideres de procesos	Instalaciones de la E.S.E. Computador con programas de procesamiento de datos y acceso a internet e intranet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Ver ISO 9001, resolución No. 5095 de 2018	Manuales, guías, procedimientos, protocolos, formatos

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), guías de práctica para la atención en salud Ministerio de Salud y protección social (versión 2 2015), resolución 2003 del 2014(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 (evaluación de gerentes de las ESE), resolución 0123 de 2014 (manual de acreditación ambulatorio-hospitalario)	Eficacia del PAMEC *	(N° actividades ejecutadas en los planes de mejora de la vigencia/ Total de actividades programadas de los planes de mejora) X 100
	Autoevaluación para la mejora continua en acreditación en salud	(Promedio de la calificación de autoevaluación en los estándares de acreditación de a vigencia a evaluar/ Promedio de la calificación de autoevaluación en los estándares de acreditación de la vigencia anterior) X 100

	Efectividad del PAMEC	(N° metas de mejoramiento ejecutadas en los planes de mejora de la vigencia/ Total de metas programadas de los planes de mejora) X 100
	Tasa de eventos adversos en el traslado	N° eventos adversos ocurridos en el periodo/ total de traslados
	Prevalencia Eventos adversos atención Ambulatoria	N° eventos adversos ocurridos en el periodo/ total de atenciones
	Eventos adversos relacionados con el uso de equipos biomédicos	N° eventos adversos asociados con tecnología biomédica /Total de eventos adversos
	% E Adversos atribuibles a la práctica	(# Eventos adversos atribuibles a la práctica / total de actividades) 100
	Eventos adversos relacionados con el ambiente físico	N° eventos adversos asociados con el ambiente físico /Total de eventos adversos
	Prevalencia Eventos adversos Apoyo Diagnostico	N° eventos adversos ocurridos en el periodo/ total de atenciones

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	18/04/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	GL-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	18/04/2023
		VERSIÓN:	1
NOMBRE DEL PROCESO:	**GESTIÓN LEGAL**	**TIPO DE PROCESO:**	ESTRATEGICO
OBJETIVO:	Asesorar en el marco legal de las diferentes actuaciones administrativas en donde se requiera		
ALCANCE:	Desde: Establecer las necesidades de intervención de procesos desde lo legal. Hasta: Retroalimentación de las intervenciones de gestión legal		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión legal		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Junta Directiva	Estatuto y manual de contratación	**PLANEAR:** Establecer las necesidades de intervenciones de tipo legal y contractual de la ESE.	Conceptos jurídicos	Gerente
Gerente	Poderes legales	**HACER:** Realizaciones de las actuaciones judiciales de defensa de la entidad y/o cumplimiento de los términos legales en las actuaciones de defensa judicial	Contratos	Contratistas
ESE	Procesos de la ESE	**VERIFICAR:** Realizar seguimiento y/o medición del proceso.	Seguimiento de procesos jurídicos	Junta Directiva
		Elaboración de informe y retroalimentación	Demandas jurídicas	Entes de control
			Informe de gestión legal	Entes judiciales

Riesgos asociados al proceso

Presentación inoportuna de informes
Pérdida de información o documentos soportes
Incumplimiento de términos judiciales en las distintas actuaciones procesales ante la jurisdicción.
Conceptos jurídicos errados o inexactos.
Asesorías legales no conducentes a la resolución de los problemas de la Institución.
Fallas en la elaboración de los distintos contratos realizados por la institución bien sea con personas naturales o jurídicas.
Falta de Unidad de criterio en la emisión de conceptos Jurídicos /Administrativos.
Incumplimiento de términos al contestar los derechos de petición.

RECURSOS

TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Asesor jurídico, secretaria	*computador con programas de procesamiento de datos (office) y acceso a internet e intranet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Estatuto de contratación (Acuerdo No. 007 del 9 de septiembre de 2014)	

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Normatividad vigente	Cumplimiento de requisitos de contratación	(N° actos con cumplimiento de requisitos/ total de contratos realizados)
	Oportunidad de respuesta a solicitudes jurídicas	Sumatoria de días entre el requerimiento y la respuesta/ Total de requerimientos

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**
0	18/04/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	CODIGO:	GI-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	18/04/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**Gestión de la información**	**TIPO DE PROCESO:**	Estratégico
OBJETIVO:	Estructurar un sistema de información oportuno, veraz, eficiente, ágil y transversal, basado en las necesidades de la institución que proporcione la información que sirva como sistema de apoyo en la toma de decisiones y de esta forma lograr ventajas competitivas		
ALCANCE:	Desde: diagnosticar las necesidades de infraestructura informática y las políticas de las Tecnologías de la información y las Comunicaciones y termina con la implementación de los planes y estrategias de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Hasta: Evaluación del proceso de gestión de la información		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder Gerencia de la información		

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
Cliente Interno	Necesidades informáticas	Realizar análisis de las necesidades de infraestructura informática para la apropiación de las TIC	Diagnostico	Proceso de Direccionamiento
Sistemas de información	Resolución 1995 de 1999, resolución 839 de 2017, resolución 256 de 2016, resolución 710 e 2012 y 743 de 2013	Planeación de las necesidades de información	Cuadro de mando de indicadores	Gerencia
Cliente Interno	registro de datos sistema de información	Minería de datos	Banco de datos	Control interno
Cliente Interno	Direccionamiento estratégico	Parametrización de la información	Reportes de información de indicadores	Entes de control
Proceso Gestión de Recursos físicos, Proceso Tecnología de Información y Comunicación	Inventario del parque tecnológico	Administrar la red interna de la entidad	Reporte de monitoreo de red	Proceso de Direccionamiento
Usuarios tecnológicos de la entidad	Solicitudes	Realizar el soporte técnico a los usuarios tecnológicos de la entidad mediante herramientas tecnológicas	Reporte electrónico de atención y cierre de solicitud	Control interno
Proceso Tecnología de Información y Comunicación	Políticas de operación de los servidores, Actividad de cada servidor	Administrar servidores y bases de datos	Reportes del estado del cada servidor, reporte del tamaño de las bases de datos	Proceso Tecnología de Información y Comunicación
Proceso Tecnología de Información y Comunicación	Resultados del proceso, Procedimientos, indicadores	Realizar seguimiento a indicadores	Informe de seguimiento y resultados de la medición de los indicadores	Proceso Tecnología de Información y Comunicación, Proceso Gestión de control interno, Proceso Gestión de mejora continua
Proceso Tecnología de Información y Comunicación	Plan de mejoramiento	Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño del proceso	Acciones preventivas, correctivas y de mejora	Proceso Tecnología de Información y Comunicación

Riesgos asociados al proceso

Medios insuficientes para transmitir los datos, perdida de información
perdida de servidor base de datos.
Incumplimiento reportes entes de control.
Demora en tiempos de respuestas cliente interno.
Perdida o filtración de información confidencial.
Daños físicos a infraestructura.

RECURSOS

TALENTO HUMANO	FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	AMBIENTE DE TRABAJO

Ingeniero de sistemas	*computador con programas de procesamiento de datos, bases de datos, plataformas de los distintos entes de control , documentación física acceso a internet e intranet	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	REGISTROS
	Formatos de solicitudes de información, matrices de reportes, cuadro de mando

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	INDICADORES	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016, resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 (evaluación de gerentes de las ESE), resoluciones 839 de 2017 y 1995 de 1999 (h clínica), res 256 de 2016 (S inf para la calidad), decreto 2193, circular 015 SNS	Proporción de informes reportados oportunamente por gerencia de la información	Número de informes reportados oportunamente por Gerencia de la información/Total de informes a reportar en el periodo
	Proporción de necesidades de información atendidas	Número de solicitudes de información resueltas en el periodo/Número total de solicitudes de información presentadas en el periodo
	Proporción de Backup sistema de información dinámica gerencial efectivos	N° de backups realizados en la vigencia /Total de back ups programados en la vigencia
	Proporción de Backup información cliente interno efectivos	N° de back ups realizados en la vigencia / Total de back ups programados en la vigencia
	Proporción de solicitudes de Mesa De Ayuda gestionadas	Total de solicitudes en mesas de ayuda técnica/Mesas de ayudas técnicas ejecutadas en la vigencia
	Proporción de reportes generados mediante minería de datos	Nº de reportes generados mediante minería de datos/Total de reportes programados en la vigencia
	Proporción de participación de los clientes Internos en capacitación sobre la Seguridad informática Y Confidencialidad de la información	Nº de colaboradores administrativos evaluados sobre políticas de seguridad y confidencialidad de la información/Número de colaboradores (Administrativo)
	Proporción de equipos biomédicos interconectados con el sistema de información	Número de interconexiones de equipos biomédicos con el sistema de información / Número total de equipos biomédicos de la entidad que puedan ser conectados al sistema de información.

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	18/04/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	GMA-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	18/04/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	**TIPO DE PROCESO:**	ESTRATEGICO
OBJETIVO:	Garantizar la efectiva venta de servicios de salud de baja y mediana complejidad, mediante la consecución y legalización de acuerdos de voluntades entre la ESE y las ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB), ERP Y EPS		
ALCANCE:	Desde la presentación de la oferta de servicios, etapa precontractual y posterior legalización de acuerdos		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder Gestión de Mercadeo y Atención al cliente (Identificar matriz)		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Población objeto de usuarios	Demanda de servicios de salud de los usuarios	Proyectar y actualizar plan de mercadeo y actualizar el portafolio de servicios de salud de baja y mediana complejidad	Portafolio de servicios y Plan de Mercadeo	No hay gerencia comercial
Ministerio de Salud y la Protección Social	Normativa vigente, Políticas y Procedimientos Institucionales, Guías de Práctica Clínica y Atención en Salud	Actualizar Modelo de Atención Institucional	Modelo de Atención Institucional	No hay gerencia comercial
Direccionamiento Estratégico Gerencia Comercial (No existe)	Objetivo Esencial del Proceso	Identificar las acciones pertinentes para el abordaje de los riesgos y oportunidades de mejora del proceso	Matriz de riesgo y oportunidades (No existe)	Direccionamiento Estratégico
Direccionamiento Estratégico (Profesional Especializado Área Salud) Procesos misionales	Portafolio de servicios, políticas y procedimientos institucionales	Adelantar puentes permanentes de comunicación entre aseguradora, institución, cliente interno y externo,	Reuniones con la EAPB frente a notificación de portafolio de servicios	EAPB
Direccionamiento Estratégico (Gestión de calidad, gestión financiera, revisoría fiscal)	Portafolio de servicios, documentación precontractual, modelo de atención, portafolio de servicios, capacidad instalada, certificación de habilitación, suficiencia financiera, certificados de revisoría fiscal, pólizas de responsabilidad civil y cumplimiento	Adelantar la negociación y negociación de los servicios de salud de baja y mediana complejidad	Acuerdos de voluntades	EAPB
Direccionamiento Estratégico	Objetivo Esencial del Proceso	Ejecución de las acciones tendientes a abordar y mitigar los riesgos y oportunidades	Matriz de riesgo y oportunidades (No existe)	Direccionamiento Estratégico
Direccionamiento Estratégico (Gerencia)	Necesidades del servicio	Retroalimentar y acompañar a nivel directivo de la institución las relaciones de tipo contractual vigentes y futuras	Información de interés	Direccionamiento Estratégico y procesos misionales)
Todos los procesos institucionales	Solicitudes de los diferentes servicios y dependencias	Retroalimentar los distintos procesos inmersos en la prestación de servicios de salud; cartera, facturación, auditoría de cuentas médicas, y autorizaciones.	Solucionar las necesidades propias de los procesos	Todos los procesos institucionales
Direccionamiento Estratégico	Resultado de las acciones	Verificar la efectividad y eficacia de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades	Cumplimiento del objetivo planteado (No se mide)	Direccionamiento Estratégico
EAPB	Minutas contractuales	Realizar seguimiento a los acuerdos contractuales bajo las distintas modalidades de contratación con las EAPB	Acuerdos de voluntades legalizados y actas de seguimiento a los mismos	EAPB

Entes de Control y Gestión de Calidad	Planes de mejoramiento	Implementación de Planes de Mejora	Acciones de mejora implementadas (NO se realizan)	Entes de Control y Gestión de Calidad
Direccionamiento Estratégico Gerencia Comercial	Acciones actualizadas	Revisión de las acciones tendientes para el abordaje de los riesgos y oportunidades	Matriz de riesgo y oportunidades actualizadas	Direccionamiento Estratégico Gerencia Comercial

Riesgos asociados al proceso
Contratación sin cumplimiento de requisitos, demoras en procesos contractuales, perdidas monetarias

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Gerencia Comercial / Interacción con otros procesos: - Procesos de Apoyo y Estratégicos	Computadores Oficina Gerencia Comercial (No existe) Sistema de información	

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
DECRETO 441 DE 2021 - MANUAL TARIFARIO SOAT 2022 ACTUALIZACIÓN DECRETO 2423 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1996 - RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 MAPIPOS	(OFERTA SERVICIOS - MINUTA CONTRACTUAL, OTRO SI O ADICIONES, ANEXOS TÉCNICOS, ACTAS DE LIQUIDACIÓN)

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
	Proporción de contratos liquidados	Número de Contratos liquidados / Número de contratos legalizados
	Proporción de contratos ejecutados	Número de contratos legalizados / Número de contratos ofertados

NOTAS DE CAMBIO		
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**
0	18/04/2023	Levantamiento inicial del proceso

Procesos Misionales

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	ACE-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	16/05/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**ATENCIÓN AMBULATORIA EN CONSULTA EXTERNA**	**TIPO DE PROCESO:**	Misional
OBJETIVO:	Brindar atención y orientación al usuario que asiste a cumplir cita y/o procedimiento programado		
ALCANCE:	Desde: El acceso a la institución Hasta: El egreso o remisión |del paciente.		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de atención ambulatoria.		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Direccionamiento estratégico	Mestas plan de gestión, lineamientos, instrucciones, políticas de servicio, etc.	Acceso del paciente	consultas	Pacientes
Ministerio de Salud	POS,	Ingreso y registro del paciente	procedimientos	Entes de control
Secretaría de Salud	Servicios de consulta habilitados	Planeación de la atención	Registros individuales de prestación de servicios (RIPS).	Usuarios
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN	Historias clínicas	Atención al paciente	Registros y formatos de referencia, indicadores, etc.	EPS
Apoyo diagnóstico y terapéutico	Protocolos, guías, lineamientos, procesos, procedimientos, registros, etc.	Egreso	Reportes	control interno
EPS, ARS, APB	Resultados de exámenes	Referencia y contrarreferencia		IPS
	Remisión de pacientes	Evaluación de la atención		
	Control sobre gestión de la entidad			
	Contratos con EPS.			

Riesgos asociados al proceso

Inasistencia de usuarios a las citas asignadas
Citas mal asignadas
Cambios en agendas por novedades en programación de los profesionales

RECURSOS

TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
profesionales de la salud, auxiliares de enfermería,	Consultorios, CNT, computador con programas de procesamiento de datos y acceso a internet e intranet.	Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
SISTEMA DE INFORMACIÓN	Registro de citas, Historia clínica, RIPS, ordenes médicas, resultados de laboratorio e imágenes

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), guías de práctica para la atención en salud Ministerio de Salud y protección social, resolución 3100 del 2019(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 (evaluación de gerentes de las	demanda insatisfecha	(N° pacientes devueltos por cualquier motivo/ Total de pacientes que requieren el servicio) X 100
	Inasistencia	(N° de pacientes que no asisten a la consulta / total de pacientes atendidos) X 100

ESE), resolución 5095 de 2018 (manual de acreditación ambulatorio- hospitalario)	Oportunidad de la asignación de citas odontología	Sumatoria diferencia de días entre la solicitud y la asignación de la cita / Total de consultas ODONTOLÓGICAS asignadas
	Oportunidad de la asignación de citas medicina	Sumatoria diferencia de días entre la solicitud y la asignación de la cita / Total de consultas médicas asignadas
	Oportunidad de la asignación de citas PyP	Sumatoria diferencia de días entre la solicitud y la asignación de la cita / Total de consultas de PyP asignadas
	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia
	Adherencia a guías HTA	(Número total de pacientes de la muestra que están adheridos estrictamente a la guía objeto de evaluación / Total de la muestra) X100
	Adherencia a guías CYD	(Número total de pacientes de la muestra que están adheridos estrictamente a la guía objeto de evaluación / Total de la muestra) X100
	proporción de remisiones	(Número total de remisiones realizadas/ total de atenciones) X 100

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	16/05/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	AU-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	16/05/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**ATENCIÓN AMBULATORIA EN URGENCIAS**	**TIPO DE PROCESO:**	Misional
OBJETIVO:	Brindar una atención segura, oportuna y humanizada a todos los pacientes que soliciten la atención de urgencias ofreciendo orientación, información, diagnóstico, tratamiento médico pertinente, y/o valoración por medicina especializada de acuerdo con su condición.		
ALCANCE:	Desde: El ingreso del paciente para valoración por triage. Hasta: Egreso del paciente o traslado otros servicios.		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de urgencias		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
SECRETARÍA DE SALUD	DOCUMENTO RED	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	REQUERIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS	Gerencia, Talento humano, ambiente físico, SST, calidad y líder de urgencias
MINISTERIO DE SALUD	CONDICIONES MINIMAS DE HABILITACIÓN			
USUARIOS	REQUERIMIENTO DEL SERVICIO	TRIAGE	PACIENTE CON CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE	Servicio de urgencias, admisiones y facturación
MEDICO DE TRIAGE	PACIENTE CON CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE DEFINIDA	GENERACIÓN DE ORDEN DE INGRESO A CONSULTA DE URGENCIAS	USUARIO CON CONDUCTA DEFINIDA	USUARIO, FAMILIARES, SERVICIO DE URGENCIAS
MEDICO DE URGENCIAS	USUARIO CON CONDUCTA DEFINIDA	MANEJO EN OBSERVACION	SOLICITUDES DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, ORDENES DE REMISIÓN O INTERCONSULTAS	USUARIO, FAMILIARES, SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIAS
SERVICIO DE URGENCIAS	SERVICIOS DE APOYO	REALIZAR TRASLADOS DE ACUERDO CON PROTOCOLOS A SERVICIOS DE APOYO	RESULTADOS DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
	ATENCIÓN INTEGRAL	REALIZAR ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA, EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA	PLAN DE CUIDADOS, INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA, REPORTE DE EVENTOS	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO, DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS
	EGRESO	REALIZAR PROCESOS DE EGRESO (ALTA MEDICA, REFERENCIA, MUERTE) DE ACUERDO CON PROTOCOLO	PACIENTE EN EGRESO CON INDICACIONES MEDICAS, EPICRISIS Y EDUCACIÓN DE ACUERDO CON PATOLOGÍA	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
SERVICIO DE URGENCIAS	ORDEN DE REMISIÓN O TRASLADO	REALIZAR PROCESOS DE REMISIÓN O TRASLADO	PACIENTE EN OTRA INSTITUCIÓN O SERVICIO	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
FACTURACIÓN	EGRESO	REALIZAR PROCESOS DE FACTURACIÓN PARA EGRESO EFECTIVO DEL PACIENTE	EGRESO EFECTIVO (BOLETA DE SALIDA) Y GESTIÓN DOCUMENTAL	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
SISTEMA DE INFORMACIÓN, PERSONAL DEL SERVICIO	REGISTRO DE LA ATENCIÓN	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	INFORMES DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DEL PROCESO	LÍDER DE URGENCIAS, AUDITOR MEDICO, FACTURACIÓN, CALIDAD, SUBGERENCIAS Y GERENTE

Riesgos asociados al proceso		
Estabilización de la paciente incorrecta. Mala comunicación. No existan vehículos disponibles, falta de planeación del proceso, falta de personal, déficit en la oferta del servicio, fuga de pacientes, falta de dispositivos o medicamentos, red de servicios no disponible.		
RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Líder urgencias, Líder hospitalario, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos, especialistas, terapeutas respiratorios, facturación, admisiones, técnicos de referencia y contrarreferencia, psicología, trabajo social, seguridad y vigilancia	lo establecido en la res 3100 de 2019 para mediana complejidad	lo establecido en la res 3100 de 2019 para mediana complejidad
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**	
Resolución 3100 de 2019	Historia clínica de las atenciones, paz y salvo, ordenes de remisión, solicitudes de ayudas diagnósticas y terapéuticas, Kardex, listas de verificación carro de paro, resultados de ayudas diagnosticas, facturas, Solicitud de interconsultas, consentimientos informados, solicitudes de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, formularios de medicamentos de control.	
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), guías de práctica para la atención en salud Ministerio de Salud y protección social , resolución 3100 del 2019(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 5095 de 2018 (manual de acreditación ambulatorio-hospitalario),	Índice de Re-consultas no programadas al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	Número de Re-consultas no programadas al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas/ Total de egresos vivos del servicio de urgencias en el periodo* 100
	Promedio de tiempo transcurrido para la atención del paciente clasificado como triage 2	Sumatoria de minutos transcurridos entre la clasificación del triage 2 y el inicio de la consulta médica de urgencias/ Total usuarios clasificados como triage 2 en el período evaluado

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	16/05/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	AC-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	16/05/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**ATENCION HOSPITALARIA CLÍNICA**	**TIPO DE PROCESO:**	Misional
OBJETIVO:	Garantizar el manejo pertinente, seguro y humanizado a los usuarios que requieren del servicio de internación para la recuperación de su salud, con altos estándares de calidad, seguridad y humanización del servicio.		
ALCANCE:	Desde: Indicación de ingreso a servicio de Internación Hasta: Egreso del paciente		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	LIDER DE SERVICIO DE INTERNACIÓN		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
SECRETARÍA DE SALUD	DOCUMENTO RED	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN	REQUERIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS	Gerencia, Talento humano, ambiente físico, SST,
MINISTERIO DE SALUD	CONDICIONES MINIMAS DE HABILITACIÓN			
URGENCIAS	USUARIO CON DIAGNOSTICO Y CONDUCTA DEFINIDA	GENERACIÓN DE ORDEN DE INGRESO A INTERNACIÓN E HISTORIA CLINICA DE LA MISMA	USUARIO CON CONDUCTA DEFINIDA	USUARIO, FAMILIARES
	INDICACIÓN DE INGRESO A INTERNACIÓN	ESTABLECER PROTOCOLOS, GUIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LAS PATOLOGIAS	PLAN DE MANEJO	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
INTERNACIÓN	DISPONIBILIDAD DE CAMAS	DEFINIR CAMAS OCUPADAS Y CAMAS DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE ACUERDO CON EL REQUERIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	PACIENTE CON CAMA ASIGNADA (AISLADA, UNIPERSONAL O BIPERSONAL)	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
	RECEPCIÓN DE PACIENTE	REALIZAR EL TRASLADO Y RECEPCIÓN DEL PACIENTE DE ACUERDO CON PROTOCOLOS Y REQUERIMIENTOS PROPIOS DE CADA USUARIO	PACIENTE EN HABITACIÓN DE ACUERDO CON REQUERIMIENTOS	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
	SERVICIOS DE APOYO	REALIZAR TRASLADOS DE ACUERDO CON PROTOCOLOS A SERVICIOS DE APOYO	RESULTADOS DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
	ATENCIÓN INTEGRAL	REALIZAR ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA, EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA	PLAN DE CUIDADOS, INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA, REPORTE DE EVENTOS	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO, DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS
	EGRESO	REALIZAR PROCESOS DE EGRESO (ALTA MEDICA, REFERENCIA, MUERTE) DE ACUERDO CON PROTOCOLO	PACIENTE EN EGRESO CON INDICACIONES MEDICAS, EPICRISIS Y EDUCACIÓN DE ACUERDO CON PATOLOGÍA	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
FACTURACIÓN	EGRESO	REALIZAR PROCESOS DE FACTURACIÓN PARA	EGRESO EFECTIVO (BOLETA DE SALIDA) Y GESTIÓN DOCUMENTAL	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO

		EGRESO EFECTIVO DEL PACIENTE		
SERVICIO DE URGENCIAS	ORDEN DE REMISIÓN O TRASLADO	REALIZAR PROCESOS DE REMISIÓN O TRASLADO	PACIENTE EN OTRA INSTITUCIÓN O SERVICIO	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
FACTURACIÓN	EGRESO	REALIZAR PROCESOS DE FACTURACIÓN PARA EGRESO EFECTIVO DEL PACIENTE	EGRESO EFECTIVO (BOLETA DE SALIDA) Y GESTIÓN DOCUMENTAL	PACIENTE, AMBIENTE FISICO, TALENTO HUMANO
SISTEMA DE INFORMACIÓN, PERSONAL DEL SERVICIO	REGISTRO DE LA ATENCIÓN	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	INFORMES DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DEL PROCESO	COORDINADOR DE URGENCIAS, AUDITOR MPEDICO, FACTURACIÓN, CALIDAD, SUBGERENCIAS Y GERENTE

Riesgos asociados al proceso

Inoportunidad en la toma de decisiones que afectan el proceso, inadecuada asignación o distribución del recurso humano para cubrir las necesidades del servicio, falta de control en gastos directos e indirectos del servicio, incidentes y eventos adversos del paciente.

RECURSOS

TALENTO HUMANO	FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	AMBIENTE DE TRABAJO
Médico Especialista Medico General Enfermera (o) profesional Auxiliar de Enfermería Terapeuta respiratoria	Sistema de información (hardware, software), Internet, Impresora, Equipos adquiridos, Equipos en Apoyo tecnológico, Equipos biomédicos	Definido en la Res 3100 de 2019

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	REGISTROS
Resolución 3100 de 2019	Historia clínica de las atenciones, paz y salvo, ordenes de remisión, solicitudes de ayudas diagnósticas y terapéuticas, Kardex, listas de verificación carro de paro, resultados de ayudas diagnosticas, facturas, Solicitud de interconsultas, consentimientos informados, solicitudes de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, formularios de medicamentos de control.

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	INDICADORES	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), guías de práctica para la atención en salud Ministerio de Salud y protección social, resolución 3100 del 2019(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 5095 de 2018 (manual de acreditación ambulatorio- hospitalario),	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	Total de pacientes-día en un período dado/ Total de días-cama disponibles en el mismo período *100
	PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA	Total de días de estancia de pacientes egresados en un período dado/ Total de pacientes egresados en el mismo período
	GIRO CAMA	Total de egresos en un período dado/ Promedio de camas disponibles en el mismo período
	REINGRESOS EN MENOS DE 15 DÍAS POR LA MISMA CAUSA	Total de pacientes que reingresan a Hospitalización antes de 15 días por el mismo diagnóstico de egreso anterior/ Total de egresos vivos en el periodo * 1000
	TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA	Total de egresos por defunción en un período dado/ Total de egresos en el mismo período *1000
	PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2	Sumatoria de minutos transcurridos entre la clasificación del triage 2 y el inicio de la consulta médica de urgencias/ Total usuarios clasificados como triage 2 en el período evaluado

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	16/05/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	AQ-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	16/05/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**ATENCION HOSPITALARIA QUIRÚRGICA**	**TIPO DE PROCESO:**	Misional
OBJETIVO:	Brindar a los pacientes una atención Quirúrgica segura, basada en procesos científicos y humanísticos que tienen como fundamento la Calidad en la prestación de los servicios que asisten a la ESE.		
ALCANCE:	Desde: definición del paciente con diagnóstico quirúrgico Hasta: entrega del paciente que se le realizó la intervención quirúrgica y/o un procedimiento diagnóstico terapéutico a recuperación, hospitalización, casa, traslado a otra institución y/o morgue.		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder quirúrgico		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
CONSULTA EXTERNA URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN	Usuario que requiere procedimiento quirúrgico. Orden de valoración prequirúrgica.	PLANEAR. a). Necesidades y recursos del proceso. b). Establecer los Protocolos y Guías de atención para los procedimientos quirúrgicos. HACER. Realizar valoración prequirúrgica y anestésica. VERIFICAR. Diagnóstico de intervención quirúrgica. Estado de salud del usuario para el procedimiento quirúrgico. ACTUAR. Control de riesgo quirúrgico.	Ordenes de cirugía; Usuario valorado riesgo quirúrgico y preanestésico.	Salas de cirugía.
PROGRAMACION QUIRURGICA	Usuario que requiere procedimiento quirúrgico.	PLANEAR. Programación de Cirugía; HACER, agendamiento del procedimiento con hora de la intervención, nombre del paciente, numero de historia clínica, edad, especialidad quirúrgica, clasificación del paciente según el ingreso (Ambulatorio, hospitalizado), procedimiento a realizar, tiempo quirúrgico, especialista, anestesiólogo, instrumentadora VERIFICAR fecha de diagnóstico quirúrgico, fecha de valoración anestésica, fecha de autorización del procedimiento, insumos o requerimientos especiales, aseguradora, teléfono del paciente y/o familiar responsable, número de habitación del paciente, observaciones.	Programación Quirúrgica generada	Atención al paciente Hospitalizado, Paciente y su familia, Atención farmacéutica, facturación y recaudo, Esterilización, Hotelería Hospitalaria, Direccionamiento estratégico

CONSULTA ESPECIALIZADA	Usuario con valoración prequirúrgica y preanestésica. Orden de Cirugía.	PLANEAR. Programación de Cirugía; HACER. a). Admisión de usuario prequirúrgico. b). Alistamiento del usuario para procedimiento quirúrgico. c). Procedimientos Quirúrgicos. d). Atención de paciente postquirúrgico. e). Diligenciamiento de la Historia Clínica de usuarios y otros registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros de la atención). f). Egreso del usuario intervenido. h). Referencia y Contrarreferencia. VERIFICAR. a). Registros clínicos de valoración prequirúrgico y preanestésico. b). Datos de identificación del usuario y facturación. c). Lista de Chequeo de Cirugía -Inventario del carro de paro. d). Stock de medicamentos. e). Estado de equipo y máquina de anestesia. f). Aplicación de protocolos. g). Estado de salud del usuario. h). Signos vitales y recuperación postquirúrgica del usuario. i). Diligenciamiento de Registros clínicos. ACTUAR. a). Servicio no conforme Acciones correctivas preventivas y de mejora. b). Hospitalizar al usuario. c). Notificación de eventos adversos e incidentes.	Usuario intervenido estable o remitido. Historia Clínica y Registros (asistenciales, administrativos y financieros de la atención).	Familiares, Instituciones Prestadoras de Salud, Referencia, EAPB y/o entidades territoriales. Facturación Archivo.
CASAS COMERCIALES ORTOPEDICAS	Stock básico de 3.5; Sistemas de fijación, Tutores externos ;motores, clavos intramedulares, set de tornillería para sistemas de placa anatómicas de miembro superior e inferior, set pines de Kirchner, sistema de presión negativa sistema VAC, sustitutos óseos	PLANEAR. Programación de Cirugía, Coordinar soporte técnico y verificación de llegada de los materiales para realizar el agendamiento. HACER. a) revisar solicitudes de material de osteosíntesis y enviar correos institucionales a las EAPB para garantizar las autorizaciones correspondientes teniendo en cuenta la oportunidad que ofrecemos en el hospital. VERIFICAR. Identificar los convenios en cuanto a material de osteosíntesis y solicitar las cotizaciones requeridas por correo electrónico para la atención quirúrgica de forma oportuna y eficaz ACTUAR. a). Servicio no conforme Acciones correctivas preventivas y de mejora. b). Hospitalizar al usuario. c). Notificación de eventos adversos e incidentes.	Hoja de gasto de material de osteosíntesis	Gestión financiera

CENTRAL DE ESTERILIZACION	Ropa quirúrgica e Instrumental especializado del hospital metropolitano: Equipos de laparotomía, equipos de plastia, equipos de pequeña cirugía, equipo de medianos fragmentos, equipo de grandes fragmentos, equipo de mano, equipo de legrado, equipo de cesárea, equipo de histerectomía e instrumental accesorio, para garantizar atención oportuna y de calidad en las especialidades de ortopedia, cirugía general, Ginecología y anestesiología	PLANEAR. A) Garantizar a la institución la esterilidad de los insumos y dispositivos médico quirúrgico; b) Programar turnos de personal, con el fin de garantizar oportunidad y cobertura adecuadas; c) Controlar y cuidar el buen uso de los insumos y realizar los descargos respectivos, d) Disponibilidad de materiales estériles que garantice la calidad del servicio HACER. Mantener en adecuadas condiciones de limpieza y desinfección las áreas de esterilización y los implementos según protocolos establecidos, VERIFICAR. Verificar revisión del material médico quirúrgico, con el fin de garantizar su disponibilidad y la calidad de los mismos, ACTUAR. Planes de mejoramiento, Servicio no conforme Acciones correctivas preventivas y de mejora. Notificación de eventos adversos e incidentes	Requerimientos para materiales de osteosíntesis Remisiones de osteosíntesis y dispositivos especializados, Generación de cargos, facturas pendientes, Inventarios, Aseos terminales, Desinfección de equipos, Protocolos Hoja de Ruta	Clientes Internos Usuarios Clientes Externos
PROCESO DE INSUMOS Y SUMINISTROS	insumos y material médico quirúrgico	PLANEAR. Agendamiento de días específicos para realización de solicitudes a almacén y al servicio farmacéutico del hospital. HACER Realizar pedido semanal de insumos necesarios para garantizar la prestación del servicio por parte del servicio quirúrgico. VERIFICAR, realizar inventarios para verificar existencias de la totalidad de insumos medico quirúrgicos evitando desabastecimiento de productos. ACTUAR. a). Servicio no conforme Acciones correctivas preventivas y de mejora. b). Hospitalizar al usuario. c). Notificación de eventos adversos e incidentes.	Utilización de insumos medico quirúrgicos en procedimiento quirúrgico	Proceso quirúrgico y asistenciales.
PROCESO QUIRÚRGICO	Usuario postquirúrgico.	PLANEAR. Alistamiento de equipos. HACER. Realización de esterilización de material quirúrgico. VERIFICAR. Vencimiento y existencias de material e insumos estériles. ACTUAR. Plan de mejoramiento de acuerdo con las brechas identificadas.	Material de uso quirúrgico esterilizado.	Proceso quirúrgico y asistenciales.
Riesgos asociados al proceso				

Subvaloración (Mala interpretación del estado clínico y del riesgo peri-operatorio) Comunicación no clara en la explicación del consentimiento informado. Subvaloración (Mala interpretación del estado clínico y del riesgo peri-operatorio) Comunicación no clara en la explicación del consentimiento informado.
No adherencia a la conducta a seguir.
Error en programación quirúrgica, inoportunidad en programación quirúrgica.
Preparación inadecuada (Farmacológica, física, componentes sanguíneos, dispositivos)
Error en la identificación del lugar a intervenir.
Error en la identificación, error en la preparación de Vulneración de los derechos de los pacientes (confidencialidad de información).
Presencia de novedades de seguridad en la atención, Infecciones en el sitio operatorio, Falla de equipos Riesgo en la segregación de los residuos.
Fallas en los registros clínicos, Mala Identificación, Manipulación y embalaje de elementos en custodia.
Diagnóstico y plan de enfermería equivocado, Lesiones por efectos residuales de la anestesia
Detección inoportuna de complicaciones de traslado y hemodinámicas (Hipotensión, hipertensión, disfunción miocárdica, arritmias, isquemia miocárdica e infarto, hipoxemia),Inadecuada valoración anestésica previa al egreso de salas
Desplazamiento de dispositivos implantados en el traslado
Entrega inadecuada del paciente a los servicios o a su familiar

RECURSOS

TALENTO HUMANO	FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	AMBIENTE DE TRABAJO
Médicos especialistas Médico general Enfermeros jefes Auxiliares de enfermería Instrumentadores quirúrgicos Auxiliares de la central de esterilización Auxiliares de Laboratorio Clínico Bacteriólogos Regentes de Farmacia Químico Farmacéutica Radiólogo Técnicos en Radiología Facturador Programación de cirugía	Sistema de información (hardware, software), internet, Impresora, Equipos necesarios para el procesamiento, Equipos adquiridos, Equipos en Apoyo Tecnológico	lo requerido por la res 3100 de 2019

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	REGISTROS
Resolución 3100 de 2019	Historia clínica de las atenciones, paz y salvo, ordenes de remisión, solicitudes de ayudas diagnósticas y terapéuticas, Kardex, listas de verificación carro de paro, resultados de ayudas diagnosticas, facturas, Solicitud de interconsultas, consentimientos informados, solicitudes de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, formularios de medicamentos de control.

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	INDICADORES	
	Nombre	Fórmula de cálculo
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), guías de práctica para la atención en salud Ministerio de Salud y protección social, resolución 3100 del 2019(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 5095 de 2018 (manual de acreditación ambulatorio- hospitalario),	Oportunidad para la realización de cirugía programada	Sumatoria total de los días calendario entre la fecha de solicitud de cirugía programada y el momento en el cual se realiza la cirugía/número total de cirugías programadas realizadas en el período
	Proporción de cancelación de procedimiento de cirugía	(Número de cirugías programadas (ambulatorias y hospitalarias) canceladas en el período / Número total de cirugías programadas (ambulatorias y hospitalarias) en el mismo período) * 100

	Cancelación de cirugía por causa institucional	(Número de cirugías programadas (ambulatorias y hospitalarias) canceladas por causa institucional en el periodo / Número total de cirugías programadas (ambulatorias y hospitalarias) en el mismo periodo) * 100
	Cancelación de cirugía por causa no institucional	(Número de cirugías programadas (ambulatorias y hospitalarias) canceladas por causa no institucional en el periodo / Número total de cirugías programadas (ambulatorias y hospitalarias) en el mismo periodo)*100
	Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional (quirúrgica)	Número de criterios cumplidos/ total de criterios evaluados*100
	Tasa de Mortalidad quirúrgica	Nº de pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica / Nº total de pacientes intervenidos de cirugía programada *1000
	Porcentaje de Infección de Sitio Operatorio	Número de pacientes con Infección del sitio operatorio en el período/Número total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mismo periodo*100

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	16/05/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	ADT-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	16/05/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**	**TIPO DE PROCESO:**	Misional
OBJETIVO:	Brindar ayudas diagnósticas y terapéuticas a los procesos ambulatorios y hospitalarios para facilitar el diagnostico de los usuarios en la institución		
ALCANCE:	Desde: Actividades desde el acceso al proceso de Apoyo Diagnostico y terapéutico Hasta: Egreso del proceso de Apoyo Diagnostico y terapéutico		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	LIDERES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
SECRETARÍA DE SALUD	DOCUMENTO RED	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Requerimientos de funcionamiento de los servicios	Gerencia, Talento humano, ambiente físico, SST,
MINISTERIO DE SALUD	CONDICIONES MINIMAS DE HABILITACIÓN			
GERENCIA	PLAN DE DESARROLLO			
ATENCION AL USUARIO	ASIGNACIÓN DE CITA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	VERIFICACIÓN CONDICIONES DE PREPARACIÓN PARA LOS EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	AGENDAMIENTO DE LA CITA	ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA
MÉDICO	SOLICITUD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS (INCLUYE EXAMENES DE LABORATORIO, IMÁGENES DIAGNOSTICAS, SERVICIOS DE TERAPIA	VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE ACCESO AL SERVICIO	Servicios facturados	facturación y servicios de apoyo diagnostico
PROVEEDOR INSUMOS	TOMA Y PROCESAMMIENTO	PREPARACION EQUIPOS BIOMEDICOS, CONTROL DE CALIDAD PARA EL PROCESA MIENTO DE LOS EXAMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA	RESULTADOS - ENTREGA DE MEDICAMENTOS	BACTERIOLOGOS, TECNOLOGOS EN RADIOLOGIA, RADIOLOGOS, TERAPEUTA RESPIRATORIA, REGENTES, QUIMICO FARMACEUTA, MEDICO GASTROENTEROLOGO
USUARIO	RESULTADOS VALIDADOS	ANALISIS, REPORTE, ADJUNTO Y ENTREGA DE RESULTADOS	ENTREGA DE RESULTADOS	ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA
			ENTREGA DE MEDICAMENTOS	USUARIOS
SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	REGISTROS	AUDITORÍA AL PROCESO	INFORMES DE AUDITORÍA	COMITÉS, GERENCIA
AUDITOR	INFORMES DE AUDITORÍA	AJUSTES AL PROCESO	PLANES DE MEJORA	LÍDERES DE PROCESO

Riesgos asociados al proceso

Daño de muestras
No entrega de medicamentos
No entrega de Resultados de laboratorio oportunamente
No entrega de imágenes diagnosticas oportunamente

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Terapeuta Respiratorio, Auxiliares de Laboratorio Clínico Bacteriólogos Regentes de Farmacia Químico Farmacéutica Radiólogo Técnicos en Radiología Facturador	Sistema de información (hardware, software), internet, Impresora, Equipos necesarios para el procesamiento, Equipos adquiridos, Equipos en Apoyo tecnológico	Lo relacionado en la res 3100 de 2019 para los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
SISTEMA DE INFORMACIÓN	Registro de citas, Historia clínica, RIPS, ordenes médicas, resultados de laboratorio e imágenes

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), resolución 3100 del 2019(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 (evaluación de gerentes de las ESE), resolución 5095 de 2018 (manual de acreditación ambulatorio- hospitalario)	PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO.	Número de muestras de laboratorio con errores de identificación. /Número total de muestras de laboratorio evaluadas, en el periodo.
	RECHAZO DE MUESTRAS EN DEL LABORATORIO CLINICO	Sumatoria del total de muestras rechazadas en el Laboratorio Clínico / Total de muestras recepcionadas en el Laboratorio Clínico
	PROPORCIÓN DE RECHAZO DE MUESTRAS POR EMBALAJE Y TRANSPORTE INADECUADO DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLINICO	Sumatoria del total de muestras rechazadas en el Laboratorio Clínico teniendo en cuenta las condiciones de rechazo de muestras por embalaje y transporte inadecuado del protocolo de Transporte de muestras del Laboratorio Clínico de la E.S.E ./Total de muestras Transportadas en el Laboratorio Clínico durante el periodo evaluado
	% PORCENTAJE DE PLACAS RECHAZADAS POR EL RADIOLOGÓ	Numero de placas rechazadas por el médico radiólogo/Numero de placas remitidas para lectura del hospital E.S.E.
	% PACIENTES CON PREPARACIÓN INADECUADA	Número de pacientes con preparación inadecuada que requieren preparación para la toma de una imagen diagnostica/Número de pacientes atendidos que necesitan preparación
	PORCENTAJE DE ALERTAS RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS MEDICOS DIFUNDIDAS EN EL MES	Número de alertas sanitarias relacionadas con Dispositivos médicos difundidas/ Número de alertas sanitarias relacionadas con Dispositivos médicos emitidas con el Invima
	PORCENTAJE DE ALERTAS SANITARIAS RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS QUE APLICAN A LA ESE	Número de alertas sanitarias relacionadas con Dispositivos médicos que aplican a la ESE/Número de alertas sanitarias relacionadas con Dispositivos médicos emitidas con el Invima

NOTAS DE CAMBIO		
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**
0	16/05/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	TE-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	16/05/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES**	**TIPO DE PROCESO:**	Misional
OBJETIVO:	Garantizar una segura, oportuna y eficiente atención prehospitalaria y durante el transporte asistencial en la unidad móvil al usuario, familia y cliente interno de acuerdo a los lineamientos de seguridad y calidad asistenciales de la institución y normatividad legal vigente.		
ALCANCE:	Desde: La solicitud de traslado de paciente Hasta: La entrega del paciente a la Institución receptora		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de transporte asistencial		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Fabricante	Manuales de usuario	Revisión y alistamiento del vehículo	Vehículo revisado y listo para su uso	Todos los servicios
Proceso ambiente físico	Manual de limpieza y desinfección			EAPB
Coordinador de Talento humano	Personal		Informe de hallazgos	jefe de enfermería
jefe de enfermería	Formatos de revisión y alistamiento y procedimientos			
jefe de enfermería	Vehículo revisado y listo para su uso	Solicitud de traslado	Asignación de ambulancia y tripulación para traslado	Todos los servicios
jefe de enfermería	Asignación de ambulancia y tripulación para traslado	Preparación del traslado	Paciente preparado	jefe de enfermería
auxiliares de referencia	Documentos requeridos para el traslado			
auxiliares de referencia	Aprobación del traslado	Traslado y atención	Paciente trasladado	EAPB
Todos los servicios	Paciente preparado			IPS receptora
Tripulación ambulancia	Paciente trasladado	Entrega de paciente	Reportes de traslados	Entes de control, jefe de enfermería, gerencia, profesional universitario, calidad
			Retorno a la institución remisora	jefe de enfermería
Tripulación ambulancia	Registros del traslado	Evaluación del traslado	Indicadores de medición	jefe de enfermería, calidad, comité de gestión y desempeño

Riesgos asociados al proceso

Estabilización de la paciente incorrecta. Mala comunicación. No existan vehículos disponibles, vehículos en mal estado, falta de planeación del proceso, mal direccionamiento del paciente

RECURSOS

TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Tripulación por ambulancia, jefe de enfermería	Ambulancia equipada, equipos de cómputo, escritorios	lo establecido en la res 3100 de 2019 para mediana complejidad

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Resolución 3100 de 2019	Bitácora de traslados, formato custodia de pertenencias, ordenes de remisión, evaluación del traslado, registros de inspección de vehículos, mantenimientos, consumos de combustible, registros de limpieza y desinfección, registro de temperatura y humedad, Kardex de insumos y

	dispositivos médicos, consentimientos informados de traslado y registros de indicadores.	
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Decreto único reglamentario 780 de 2016 (en lo concerniente a la calidad de la atención en salud SOGC), guías de práctica para la atención en salud Ministerio de Salud y protección social , resolución 3100 del 2019(habilitación de servicios de salud), resolución 1995 de 1999 (Historias clínicas), resolución 5095 de 2018 (manual de acreditación ambulatorio- hospitalario),	Oportunidad de traslado	Sumatoria de tiempo entre la solicitud y la atención en el lugar/ total de solicitudes
	Pertinencia del traslado	Traslados no pertinentes/ total de traslados
	Pertinencia del llamado	Llamadas pertinentes/total de llamadas
	Tasa de mortalidad del servicio	N° muertes en el servicio/ total de pacientes atendidos

NOTAS DE CAMBIO		
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**
0	16/05/2023	Levantamiento inicial del proceso

Procesos de Apoyo

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	TH-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	27/06/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	GESTION DEL TALENTO HUMANO	**TIPO DE PROCESO:**	APOYO
OBJETIVO:	Garantizar personal competente e idóneo con un clima laboral satisfactorio que impacte en el logro de los resultados de la ESE		
ALCANCE:	Desde: Planeación del talento humano Hasta: La desvinculación del personal		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder del proceso de talento humano		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**CLIENTE**	**SALIDA**
5	4	3	2	1
Comisión Nacional de Servicio Civil	Personal	Planeación del talento humano, Manual de Funciones, evaluación de desempeño, comisión de personal	Trabajadores planta y tercerizados	Informe de gestión de TH, resultado de evaluación, comité de Comisión de personal
Ministerio del trabajo	Servicios habilitados	Selección del talento humano	Gerencia	Planeación de talento humano
Gerencia	Bases de datos de personal	Incorporación del talento humano	ESE Hospital san Juan de Sahagún	Talento Humano vinculado
Universidades, Institutos	Personal en entrenamiento	Prácticas en docencia	Personal externo	Personal capacitado en prácticas en medicina, administrativas y auxiliares de enfermería
RETHUS	Personal asistencial	solicitud al personal entrante en la parte asistencia	Personal Asistencial	Certificado del personal asistencial
SIGEP	Hojas de Vida, Declaración de bienes y Rentas	Actualización de hojas de vida y de Bienes y Rentas	Personal de Planta y Contrato	Informe de revisión de historia laboral de los empleados
Gerencia	Personal nombrado	desvinculación del personal	Personal de planta	Pensión, insistencia, renuncia voluntaria, indemnización, etc.
TODOS LOS PROCESOS	Necesidades de personal	Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (Líder)	Personal de Planta y Contrato	Implementación del sistema en la ESE
Gerencia	Res 3100 de 2019	Personal contratado en misión	todos los procesos	Evaluaciones de desempeño

Riesgos asociados al proceso
No contar con el personal necesario No adherencia al programa de capacitación

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Alta dirección Líderes de procesos organizacionales	SALAS DE PROYECCION, COMPUTADOR, MEDIOS DE COMUNICACIÓN, INTERNET.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Código sustantivo del trabajo, Constitución política de Colombia y demás normatividad referente a la contratación de personal	Formatos de inducción y reinducción, encuestas de evaluación, evaluaciones de desempeño, reporte de accidentes laborales, permisos, incapacidades, licencias, nominas, afiliaciones de trabajadores, reportes a fondos de pensiones y diferentes parafiscales, asistencias a capacitaciones,

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**

Ley 909 de 2004 de carrera administrativa, y sus decretos reglamentarios. Decreto Ley 1042/78. Decreto Ley 1045/78. Decreto 660/02. art.6. Decreto Ley 3135/68 Decreto 1011	Clima organizacional	(Total de trabajadores satisfechos / Total de trabajadores encuestados) X 100
	Cultura organizacional	(N° de trabajadores de la muestra conocedores de la organización / Total de la muestra de trabajadores) X 100
	Resultado evaluación de desempeño	(N° de trabajadores con calificación satisfactoria/ Total de trabajadores) X 100
	Cobertura de capacitaciones	(N° de trabajadores capacitados/ total de trabajadores) X 100
	índice de rotación de personal	(N de personas que rotan en el año/ total de personas contratadas)

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	27/06/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	AF-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	27/06/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	**TIPO DE PROCESO:**	APOYO
OBJETIVO:	Garantizar el ambiente físico de la ESE de manera segura y funcional		
ALCANCE:	Desde: Detección de necesidades de ambiente físico de la ESE Hasta: Evaluación del proceso de ambiente físico.		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión del ambiente físico		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Direccionamiento estratégico	Ley de presupuesto (5%)	Establecimiento de necesidades de ambiente físico	Informes de gestión del ambiente físico	ESE
Ministerio de Salud	Res 2003 de 2014	Planeación de gestión del ambiente físico	Mantenimiento de infraestructura	Entes de control
Secretaría de Salud de Sahagún	Res 4445 /96	Implementación del plan de gestión del ambiente físico	Informes de gestión de PGRASA	CORPORACIONES
ESE Sahagún	Dcto 786/20016 y 1164 de 2002 PGRASA	Evaluación de la ejecución de la gestión del ambiente físico	Rutas y flujos de funcionamiento	Usuarios internos y externos
CORPORACIONES	Necesidades de mantenimiento			
	Plan de emergencias			
	Evaluaciones externas			

Riesgos asociados al proceso
No adherencia al plan de gestión del ambiente físico

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
colaboradores de la ESE, Coordinador mantenimiento	*computador con programas de procesamiento de datos y acceso a internet e intranet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Resolución No. 139 del 02 de septiembre de 2012.	Plan de mantenimiento, RH1, Formato de solicitudes de mantenimiento, Formato de respuesta, formatos de limpieza y desinfección, de mantenimiento de equipo industrial hospitalario, hojas de vida equipo industrial y hospitalario

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Dcto 786/20016 y 1164 de 2002 PGRASA	% cumplimiento de plan de mantenimiento de infraestructura	N° mantenimientos ejecutados / total de mantenimiento programados
	% de participación de residuos peligrosos	(N° kg de residuos peligrosos Total del peso de residuos en Kg) X 100
	oportunidad de respuesta a las solicitudes	sumatoria de la diferencia de días entre la solicitud y la respuesta / total de solicitudes
	% ejecución ppto de mantenimiento	(Presupuesto ejecutado en el periodo/ total de presupuesto asignado) X 100

NOTAS DE CAMBIO		
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**
0	27/06/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	CODIGO:	TB-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	27/06/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	TIPO DE PROCESO:	APOYO
OBJETIVO:	Garantizar el adecuado funcionamiento, operación y seguridad de la tecnología biomédica en la ESE San juan		
ALCANCE:	Desde: Detección de necesidades de tecnología biomédica de la ESE Hasta: Evaluación de la tecnología biomédica en funcionamiento.		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión de la tecnología		

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
5	4	3	1	2
Direccionamiento estratégico	Contrato de tercerización de gestión de la tecnología	Política de gestión de la tecnología biomédica	Informes de gestión de la tecnología	Gerencia
Ministerio de Salud	Repuestos e insumos de mantenimiento	Planeación de las necesidades de tecnología biomédica	Mantenimiento de equipos biomédicos	Procesos misionales
Secretaría de Salud de Sahagún	Presupuesto de mantenimiento	Adquisición de la tecnología biomédica	Informe de evaluación de la tecnología biomédica	INVIMA
INVIMA	Resolución 3100 de 2019	Incorporación de la tecnología biomédica	Conceptos de adquisición de tecnología biomédica	Entes de control
Ministerio de Salud	Resolución 5095 de 2018	Monitorización y control de la tecnología biomédica		
	Decreto 1769 de 1994 Min salud	Reposición de la tecnología biomédica		
	Resolución 4816 de 2012	Evaluación de la tecnología biomédica		
	Decreto 4725 de 2005			
INVIMA	Resolución 434 de 2001 INVIMA			
	Circular 0529 de 2009			

Riesgos asociados al proceso
Tecnología biomédica inútil, equipos sin calibración, solicitudes de mantenimiento no satisfechas.

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	AMBIENTE DE TRABAJO
Ing. Biomédico, contratistas	*computador con programas de procesamiento de datos y acceso a internet e intranet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	REGISTROS
Ver resolución No. 139 del 02 de septiembre de 2012.	Kardex de inventario de equipos biomédicos, Hoja de vida de los equipos, formato de mantenimiento preventivo y correctivo, reporte de eventos e incidentes adversos INVIMA, formato plan de mantenimiento Secresalud.

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	INDICADORES	
	Nombre	Fórmula de cálculo
	% cumplimiento de plan de mantenimiento	N° equipos a los que se les realizó mantenimiento / total de equipos programados
	Cobertura del mantenimiento de equipos	(N° equipos con mto preventivo y correctivo/ total de equipos biomédicos) X100
	% reposición de tecnología biomédica	(N° de equipos nuevos adquiridos en la vigencia/ total de equipos) X 100
	oportunidad de respuesta a las solicitudes	sumatoria de la diferencia de días entre la solicitud y la respuesta / total de solicitudes

NOTAS DE CAMBIO		
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	27/06/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	GF-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	27/06/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	GESTIÓN FINANCIERA	**TIPO DE PROCESO:**	APOYO
OBJETIVO:	Garantizar y controlar los recursos financieros de ingresos y gastos para que la ESE pueda funcionar de manera adecuada.		
ALCANCE:	Desde: Las necesidades de ingresos y gasto de la ESE Hasta: Evaluación del proceso de gestión financiera.		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión financiera		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Direccionamiento estratégico	contratos con pagadores	Necesidades de ingresos y gastos	Presupuesto de ingresos y gastos	Junta directiva
Ministerio de Salud	Normas de presupuesto	Plan de presupuesto	Facturación pagadores	Entes de control
Secretaría de Salud de Sahagún	Acuerdos de Junta Directiva	Ejecución del presupuesto	Estados de resultados y Balance general	EAPB
ESE Sahagún	Normas contables	Facturación de servicios	Pagos a proveedores y cliente interno	Proveedores
EAPB	Recursos económicos	Cartera y recaudo	Informes financieros a entes de control	Trabajadores de la ESE
Ministerio de Hacienda		Tesorería	Recaudo de pagadores	Gerencia
Entes de control		Contabilidad		Bancos
Bancos				Revisoría Fiscal

Riesgos asociados al proceso
PRESUPUESTO INSUFICIENTE, POCA FACTURACIÓN, BAJO RECAUDO, AUMENTO DE DEUDA.

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
CONTADOR, TESORERO, REV FISCAL, TECNICO DE PRESUPUESTO, COORDINADOR FACTURACION, FACTURADORES, AUXILIAR CARTERA, CAJERO, AUDITOR DE CUENTAS	*SISTEMA DE INFORMACIÓN, computadores con programas de procesamiento de datos en contabilidad y facturación, y acceso a internet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
CLASIFIACION PRESUPUESTAL	Formato de presupuesto. CDP, RP, ejecuciones presupuestales, Formatos de facturas, cuentas de cobro, comprobantes de egreso, recibos de caja, conciliaciones bancarias, relación de cuentas por pagar, informe caja y bancos, estados de cartera, estado de resultados, balance general, matrices 2193, formatos informes entes de control, informe facturación y radicación.

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Ley orgánica de presupuesto Ley 715 de 2015. Ley 1438 de 2011, Sentencia T-475 de 2010 Acuerdo 008 de 2009, Resolución 416 de 2009, Resolución 3047 de 2008 Sentencia T-760 de 2008, Decreto 4747 de 2007, Ley 901 de 2004 Acuerdo 312 de 2004, Decreto Ley 1281	Equilibrio presupuestal	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.
	Evolución del gasto UVR	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) /(Gasto de funcionamiento y

de 2002, Acuerdo 256 de 2002 Decreto 046 de 2000, Resolución 1995 de 1999, Decreto 111 de 1996 Decreto 2423 de 1996, Resolución 5261 de 1994, Ley 100 de 1993 Ley 10 de 1990, Ley 23 de 1981, Resoluciones DIAN, "CIE-10 ", Ley 715 de 2015, Ley 1438 de 2011, Sentencia T-475 de 2010, Resolución 408 de 2016		operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de la evaluación/ Número UVR producidas en la vigencia anterior)]

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	27/06/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	GD-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	27/06/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	GESTIÓN DOCUMENTAL	**TIPO DE PROCESO:**	APOYO
OBJETIVO:	Desarrollar actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación y organización de la documentación producida y recibida por la entidad, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación en cada etapa del ciclo vital.		
ALCANCE:	Desde: Planeación de la gestión documental Hasta: Evaluación del proceso de gestión documental		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión documental		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Planeación Institucional Departamento Administrativo de la Función Pública Archivo General de la Nación	Pautas para Diagnostico Integral de Archivos Manual Formulación del Plan Institucional de Archivos Guía para la elaboración e implementación del Sistema Integrado de Conservación Guía de elaboración de Documentos MANUAL OPERATIVO MIPG Plan de Desarrollo Institucional	Elaborar los Planes Institucionales a corto, mediano y largo plazo	Diagnostico Integral de Archivos Plan de Trabajo Archivístico Plan Institucional de Archivos PINAR Plan de Conservación Documental Plan de Preservación Digital a Largo Plazo Plan Operativo Anual del Proceso Plan de Trabajo Archivístico	Planeación Institucional
Archivo General de la Nación	Manual de formulación del Plan Institucional de Archivos Guía para la formulación del Programa de Gestión Documental Manual de elaboración de Tablas de Retención Documental Manual de Organización de Fondos Acumulados	Elaborar Instrumentos Archivísticos	Programa de Gestión Documental Tablas de Retención Documental Tablas de Valoración Documental Banco Terminológico Tablas de Control de Acceso	Gerente Líderes de Proceso Entes de control, inspección y vigilancia interno y externos
Usuarios Líderes de Proceso Entidades Públicas y Privadas Contratistas	Comunicaciones Oficiales de origen interno y externo	Recibir y Distribuir Documentos	Instrumentos de Control de Comunicaciones Oficiales Consecutivo de Comunicaciones Oficiales Enviadas Consecutivo de Comunicaciones Oficiales Recibidas	Gerente Líderes de Proceso Contratistas Entidades Públicas y Privadas Usuarios
Usuarios Líderes de Proceso Entidades Públicas y Privadas Contratistas	Manual de Gestión Documental Manual de Organización de Fondos Acumulados Tablas de Retención Documental Tablas de Valoración Documental	Organizar información	Inventarios Documentales	Líderes de Proceso funcionarios - Contratistas Entidades Públicas y Privadas Entes de Control, Inspección y Vigilancia Usuarios
Líderes de Proceso	Cronograma de Transferencias Documentales	Realizar Transferencias Documentales	Inventarios Documentales	Líderes de Proceso

Líderes de Proceso funcionarios - Contratistas Entidades Públicas y Privadas Entes de Control, Inspección y Vigilancia Usuarios	Solicitudes de acceso a información	Prestar información	Registro de préstamo de documentos archivos	Líderes de Proceso funcionarios - Contratistas Usuarios
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Tablas de Retención Documental Tablas de Valoración Documental	Realizar disposición final de documentos	Inventarios Documentales Actas de eliminación de documentos Documentos Digitalizados Documentos Electrónicos de Archivo	Líderes de Proceso funcionarios - Contratistas Usuarios

Riesgos asociados al proceso

Insuficientes actividades de capacitación y orientación en gestión documental
Préstamo de documentos sin control.
Perdida de documentos.
Ingreso a los archivos de personal ajeno a la dependencia.
Sanciones
Deterioro de la imagen institucional

RECURSOS

TALENTO HUMANO	FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	AMBIENTE DE TRABAJO
Un (1) Líder de Gestión Documental Un (1) Técnico en Gestión Documental para ventanilla única Dos (2) Técnicos en Gestión Documental (Archivo Central) Dos (2) Técnicos en Gestión Documental (Archivo de Historias Clínicas)	Equipos de computo Escáner Fotocopiadora Planoteca Perforadora Industrial Unidades de conservación, carpetas, ganchos Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA Servidor Estantería Depósitos de almacenamiento para archivo Áreas de trabajo archivístico	Depósitos con condiciones de seguridad, ventilación y ambientales controladas de iluminación - temperatura - humedad - contaminantes atmosféricos Pisos, muros, techos y puertas construidos en material ignifugo de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Depósitos con sistemas de detección y extinción de incendios, y extracción o evacuación automática de agua.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	REGISTROS
Manual de Gestión Documental Guía de Elaboración de Documentos Formato único de inventario documental Formato índice Documental Formato radicación de comunicaciones oficiales Formato envió de comunicaciones oficiales Formato préstamo de documentos Formato planilla de afuera Formato referencia cruzada Formato control de calidad digitalización Formato entrega y devolución de expedientes digitalizados Formato indexación expedientes digitalizados Formato acta de eliminación	Concepto Archivo Departamental Registro Archivo General de la Nación Inventario Documental índice Documental Planillas de Radicación y envío de Comunicaciones Oficiales Préstamo de documentos Planilla de afuera Referencia cruzada Controles de calidad digitalización Planillas de indexación expedientes digitalizados Actas de eliminación de documentos

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	INDICADORES	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Constitución Política de Colombia Ley 527 de 1999 Ley 594 de 2000 Ley 1409 de 2010 Ley 1581 de 2012 Ley 1712 de 2014 Decreto Ley 019 de 2012 (DAFP) Decreto 2609 de 2012 (MINICULTURA) Decreto 1080 de 2015 (MINICULTURA) Decreto Presidencial 103 de 2015 Directiva presidencial 04 de 2012 Resolución 1995 de 1999 (MINISALUD) Resolución 839 de 2017 (MINSALUD) Acuerdo 047, 049, 050 y 056 del 2000 (AGN) Acuerdo Nº060 de 2001 (AGN) Acuerdos de AGN 038 y 042 de 2002 (AGN) Acuerdo 002 de 2004 (AGN) Acuerdo 027 de 2006 (AGN) Acuerdo 004 y 005 de 2013 (AGN) Acuerdo 002, 006, 007, 008 de 2014 (AGN) Acuerdo 003 y 004 de 2015 (AGN) Acuerdo 004 de 2019 (AGN) NTC 5029 de 2001 GTC – 185 de 2009 Circular 2 de 1997 (AGN) Circular Interna 13 de 1999 (AGN) Circular 004 de 2003 (DAFP) Circular 012 de 2004 (DAFP) Circular Externa 005 de 2012 (AGN) Circular Externa 001 de 2015 (AGN) Circular Externa 001 de 2020 (AGN)	Implementación de Ventanilla única	(N° criterios de la ventanilla única implementados / N° criterios de la ventanilla única de la E.S.E Sahagún) *100
	Gestión de Archivo de Historias Clínicas	(N° de historias clínicas que implementan la gestión de archivo / total de historias clínicas E.S.E. Sahagún) *100
	Proporción de cumplimiento de la Implementación de Instrumentos Archivísticos	(N° de instrumentos archivísticos del PINAR implementados /N° instrumentos archivísticos definidos en el PINAR) *100
	Proporción de Implementación de Tablas de Retención Documental	(N° dependencias del organigrama con TRD implementadas/ N° dependencias del organigrama de la Institución) *100
	Proporción de Implementación de Tablas de Retención Documental	(N° metros lineales de fondo acumulado intervenidos y gestionados/ N° total de metros lineales de fondo acumulado existente) *100
	Proporción de Estandarización del Proceso de Gestión Documental	(N° subprocesos estandarizados/ Nº subprocesos definidos) *100
	Proporción de Cumplimiento del plan de Trabajo del Sistema Integrado de Conservación	(Nº de actividades de los planes anuales del Sistema Integrado de Conservación implementadas / Nº de actividades de los planes anuales del Sistema Integrado de Conservación programadas) *100

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	27/06/2023	Levantamiento inicial del proceso

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	RI-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	27/06/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	GESTIÓN DE RECURSOS INFORMÁTICOS	**TIPO DE PROCESO:**	APOYO
OBJETIVO:	Ser apoyo de los procesos administrativos y asistenciales a través de tecnologías informáticas permitiendo mayor eficiencia, garantizando la confiabilidad, seguridad y comunicación de la información generada por la prestación de los servicios, acorde con el direccionamiento estratégico de la ESE San Juan		
ALCANCE:	Desde: Las necesidades de SOFWARE y HADWARE Hasta: La evaluación del proceso		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder recursos informáticos		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Ministerio de Salud y Protección Social	Normatividad vigente Ley 1712 de 2014 (Transparencia y acceso a la Información Pública. ISO 27.000 seguridad de la Información. Ley 1341 de 2009 (Uso espectro) Resolución No 839 de 2017(Custodia HCL) Resolución 2175 de 2015, resolución 4505 de 2012, decreto 2200 de 2005 SISMED	Formular las políticas, lineamientos y estrategias para el desarrollo informático y de tecnologías a partir de la evaluación de necesidades y proyección de la entidad	Transmisión de datos de información.	ESE Sahagún
Ministerio de TIC	Equipos y redes de comunicaciones, software y hardware	Implementar política de administración y seguridad de la información, administrar servicio de redes y comunicaciones	Estudio de necesidades y evaluación de recursos informáticos.	ENTES DE CONTROL
ESE San Juan	Registros del personal de salud	Ingreso de los datos a herramientas informáticas dispuestas para el funcionamiento de la empresa	Plan de mantenimiento de Software y hardware.	EAPB
Entes Territoriales.	Necesidades de mantenimiento.	Elaborar y ejecutar plan de mantenimiento de equipos de cómputo y de comunicaciones	Ejecución de mantenimiento de Software y hardware.	ENTES TERRITORIALES
EAPB	Manuales del sistema	Realizar asistencia y/o soporte de software y hardware	Seguridad de la información.	USUARIOS - PACIENTES
EAPB	Bases de datos	Realizar Backup y restauración de la Información en caso de que se requiera	copias de seguridad	USUARIOS - PACIENTES- PROVEEDORES
ESE San Juan	Procesos Institucionales.	Evaluación del proceso de gestión de recursos informáticos.	Optimización del servicio	USUARIOS - PACIENTES- PROVEEDORES- ENTES DE CONTROL

Riesgos asociados al proceso
No contar con el personal necesario No adherencia al programa de mantenimiento de equipos

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Técnico de mantenimiento, líder del proceso, contratista	COMPUTADOR, MEDIOS DE COMUNICACIÓN, INTRANET E INTERNET.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
	Plan de mantenimiento, Formato de solicitudes de mantenimiento, Formato de respuesta, formatos de limpieza, hojas de vida equipo
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**

	Nombre	Fórmula de cálculo
Normatividad vigente Ley 1712 de 2014 (Transparencia y acceso a la Información Pública. ISO 27.000 seguridad de la Información. Ley 1341 de 2009 (Uso espectro) Resolución No 839 de 2017(Custodia HCL) Resolución 2175 de 2015, resolución 4505 de 2012, decreto 2200 de 2005 SISMED, Acuerdos de Voluntades, contratos con las EPS y Entes Territoriales. Resolución 839 de 2017 (HCL). Ley 1474 de 2011.	CUMPLIMIENTO EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE RECURSOS INFORMATICOS.	(NUMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS / NUMERO DE MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS) X 100
	OPORTUNIDAD EN RESPUESTA A SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO	(SUMATORIA DE LOS DIAS TRANCURRIDOS DESDE LA SOLICITUD HASTA LA FECHA DE ENTREGA / NUMERO DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS) * 100

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	27/06/2023	Levantamiento inicial del proceso

Procesos De Evaluación

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	**CODIGO:**	CI-CP-0001
		FECHA APROBACIÓN:	18/07/2023
		VERSIÓN:	0
NOMBRE DEL PROCESO:	**CONTROL INTERNO**	**TIPO DE PROCESO:**	Evaluación
OBJETIVO:	Evaluar de manera independiente, objetiva y oportuna la gestión institucional, con el fin de generar alertas tempranas y proponer las recomendaciones que contribuyan a la toma de decisiones que promuevan la mejora institucional.		
ALCANCE:	Inicia con la elaboración y aprobación del Plan Anual de Auditorías a ejecutar durante la vigencia y finaliza con la verificación de la efectividad de las acciones implementadas en las auditorias de gestión. de la E.S.E Sahagún .		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líder de gestión de control interno		

PROVEEDOR	**ENTRADA**	**ACTIVIDADES**	**SALIDA**	**CLIENTE**
5	4	3	1	2
Externos: Presidencia de la República. Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. Contaduría General de la Nación. Entes de Control Externos. **Internos:** Junta Directiva. Revisoría Fiscal. Procesos Estratégicos. Procesos Misionales. Procesos de Apoyo. Procesos de Evaluación. Empleados de la Entidad. Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	• Normatividad en Control Interno. Contexto Interno. Contexto Externo (Factores Ambientales, Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos). • Estatutos de la Entidad. • Normograma General de la Entidad. • Requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. • Mapa de Riesgos. • Plan Estratégico Institucional. • Procedimiento de Identificación y valoración de Riesgos y determinación de Controles. • Procedimiento de Identificación de Valoración de Riesgos de impacto a la Entidad. • Políticas, objetivos y acuerdos. • Informes de Auditoría Interna y Externa a los procesos de la Entidad. • Planes de Mejoramiento entes de control externos. • Formulario FURAG Medición y desempeño institucional. • Resultados de Evaluaciones de Desempeño Institucional. • Informes de Revisoría Fiscal. • Guía de auditoría y de roles vigente expedidas por el DAFP. • Evaluación del Sistema de Control Interno.	PLANEAR Planear y diseñar las estrategias, planes, programas y proyectos de autocontrol, autogestión y autorregulación de la ESE Sahagún Identificar, analizar y valorar los riesgos de gestión que puedan afectar el logro de los objetivos del proceso. Elaborar los planes de auditoría interna y evaluación de los procesos de la Entidad. Participar en la identificación, análisis y determinación de controles que permitan la mitigación de los riesgos de los diferentes procesos de la ESE. HACER Ejecutar el Plan de Auditorías Internas. Cumplimiento a las normas legales y reglamentarias en Control Interno. Efectuar el seguimiento y acompañamiento a los Planes de Acción. Desarrollar la evaluación de los Planes Institucionales y de Desarrollo. Desarrollar evaluación al Sistema de Atención al Ciudadano adoptado por la Entidad. Realizar el seguimiento a los controles establecidos para la administración del riesgo. Realizar el seguimiento al Plan Anticorrupción. Ejecutar y monitorear las acciones y controles establecidos en el Mapa de Riesgos de Gestión del proceso.	• Plan de acción. • Plan Operativo Anual. • Plan Anual de Auditorías Internas. • Informes de Auditorías Internas. • Informes del Estado de los Planes de Mejoramiento. • Seguimiento al Plan Anticorrupción. • Verificación de cumplimientos de las acciones contempladas en el Mapa de Riesgos. • Informes de evaluación y seguimiento. • Planes de Mejoramiento. • Informes semestrales del Sistema de control interno • Informe de Resultados de Evaluación anual al SCI (diligenciamiento FURAG). • Informe de Control interno contable a la Contaduría General de la Nación (CHIP). • Actas de comités institucionales • Evidencia sobre fomento de la cultura de autocontrol. • Estatuto de auditoría y Código del auditor interno aprobados. • Estatuto de auditoría y Código del auditor interno aprobados.	Externos Comunidad del municipio de Sahagún Entes de Control. Internos Procesos Estratégicos. Procesos Misionales. Procesos de Apoyo. Procesos de Evaluación. Empleados de la Entidad. Usuarios de los Servicios. CICCI Contaduría General de la Nación. Alta Dirección Ese de Sahagún

	• Informes de Auditoria de Entes de Control.	VERIFICAR Seguimiento al proceso mediante las actividades de seguimiento y evaluación. Seguimientos a los planes de acción y mejoramiento de la Entidad. Medir el desempeño del proceso a través del cumplimiento de indicadores de gestión y actividades de seguimiento. ACTUAR Mejoramiento continuo mediante la aplicación de acciones preventivas y correctivas.		

Riesgos asociados al proceso
No cumplimiento a planes de mejora, ni auditorías

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	**FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS**	**AMBIENTE DE TRABAJO**
Lideres de procesos	Instalaciones de la E.S.E. Computador con programas de procesamiento de datos y acceso a internet e intranet.	Oficina con: Silla y escritorio cómodos, iluminación óptima, ventilación natural y niveles de ruido bajos.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	**REGISTROS**
Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Estatutos de la ESE. Plan de Estratégico Institucional. Plan de Acción Institucional. Plan de Desarrollo Institucional. Plan Operativo Anual.	Plan Anual de Auditoría Interna, Formatos de informes de auditorías, Actas de comité, Código de ética del auditor/,Manual de auditoría interna

REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS	**INDICADORES**	
	Nombre	**Fórmula de cálculo**
Constitución Política de Colombia Ley 1474 de 2011 Decreto 648 de 2017 Guía de auditoría para Entidades Públicas Versión 3 de mayo 2018. Ley 87 de 1993 Decreto 648 del 2017 Resolución 406 de 2017 Ley 489 de 1988 Decreto Ley 1082 del 26 de mayo de 2015 Artículo 2.2.6.3.7	Proporción de cumplimiento de Auditorías Internas y Seguimientos	(Número de auditorías internas y seguimientos realizadas / Total de auditorías y seguimientos aprobadas para el PAAI) x 100
	Proporción de cumplimiento de las actividades de sensibilización del Enfoque hacía la prevención	(Número de actividades adelantadas de sensibilización relacionadas con el Enfoque hacía la prevención / Total de actividades sobre el enfoque hacía la prevención establecida en la planeación de actividades de la Oficina de Control Interno) x 100
	Proporción de cumplimiento del rol Liderazgo estratégico	(Número de comités de coordinación de control interno realizados /Total de comités de coordinación de control interno programados) x 100

Decreto Ley 1499 del 11 de septiembre de 2017 Ley 87 del 29 de noviembre de 1993 Artículo 2, lit. d), f) y g); 4, lit. f), g), h), i), j); 8; 9. Parágrafo; 10; 3, lit. d); 2 Decreto 1537 del 26 de julio de 2001 Ley 1474 del 12 de julio de 2011 Artículo 8 y 9 Decreto 1083 del 26 de mayo de 2015	Proporción de cumplimiento de las acciones del Mapa de Riesgos Institucional y por procesos	(Número de verificaciones realizadas al Mapa de Riesgos por procesos /Total de verificaciones programadas de conformidad con los términos establecidos en la circular vigente de periodicidad reporte de información, análisis de datos y presentación de informes de gestión) x 100
	Proporción de cumplimiento de informes a entes externos y/o de control	(Número de informes establecidos por ley presentados a entes externos y/o de control/ Total de informes establecidos) x 100

NOTAS DE CAMBIO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	18/07/2023	Levantamiento inicial del proceso

8. Listado de documentos de cada proceso.

Documentos Macroproceso Estratégico

PROCESO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	VERSIÓN
Gestión de la calidad	GC-CP-0001 GESTIÓN DE LA CALIDAD	Caracterización de Proceso	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0002 FORMATO PROCEDIMIENTOS	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0003 FORMATO DE GUIA	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0004 FORMATO DE MANUAL	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0005 FORMATO DE FORMATOS	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0006 FORMATO INSTRUCTIVO	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0007 PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0008 ACTA AUDITORÍA	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0009 PLAN DE MEJORA	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0010 SOLICITUD DE CREACION, MODIFICACION O BAJA DE DOCUMENTOS	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0011 ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-FR-0012 LISTADO DE RIESGOS	Formato	0
Gestión de la calidad	GC-GU-0001 GUIA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Guía	0
Gestión de la calidad	GC-MA-0001 MANUAL DE CALIDAD	Manual	0
Gestión de la calidad	GC-MA-0002 AUDITORÍA	Manual	0
Gestión de la calidad	GC-PR-0001 APERTURA Y CIERRE DE SERVICIOS	Procedimiento	0
Gestión de la información	GI-CP-0001 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Caracterización de Proceso	0
Gestión Legal	GL-CP-0001 GESTIÓN LEGAL	Caracterización de Proceso	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-CP-0001 GESTIÓN DE MERCADEO Y ATENCIÓN AL CLIENTE	Caracterización de Proceso	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0001 PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS, DENUNCIA, FELICITACIONES (PQRDF)	Formato	0

Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0002 REMISION DE USUARIOS A LA RED DE APOYO	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0003 VALORACIÓN SOCIAL	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0004 ACTA DE VISITA DOMICILIARIA	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0005 REGISTRO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN URGENCIAS	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0006 ESTUDIO SOCIO ECONOMICO EXTRANJEROS	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0007 TABULACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0008 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0009 INFORME DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0010 PQRDF VERBALES O TELEFONICAS	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0011 APERTURA DE BUZONES	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0012 RADICACION DE LAS PQRDF	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0013 RESPUESTA AL USUARIO DE LA RESOLUCION DE SU QUEJA O RECLAMO	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0014 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0015 CONSOLIDACION DE LAS PQRD	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-FR-0015 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Formato	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-PR-0001 CONTRATACIÓN CON EAPB	Procedimiento	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-PR-0002 PQRSDF	Procedimiento	0

Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-PR-0003 FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	Procedimiento	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-PR-0004 APOYO DE TRAMITES SOCIALES AL USUARIO	Procedimiento	0
Gestión de Mercadeo y Atención al cliente	GMA-PR-0005 ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Procedimiento	0
Planeación Estratégica	PE-CP-0001 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Caracterización de Proceso	0
Planeación Estratégica	PE-FR-0001 PLANES DE ACCIÓN	Formato	0
Planeación Estratégica	PE-FR-0002 FICHA DE INDICADOR.	Formato	0
Planeación Estratégica	PE-FR-0003 MAPA DE RIESGOS	Formato	0
Planeación Estratégica	PE-PR-0001 PLANES DE ACCIÓN	Procedimiento	0
Planeación Estratégica	PE-PR-0002 ELABORACIÓN DE INDICADORES	Procedimiento	0
Planeación Estratégica	PE-PR-0003 ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	Procedimiento	0

Documentos Macroproceso Misional

PROCESO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	VERSIÓN
ATENCIÓN AMBULATORIA EN CONSULTA EXTERNA	ACE-CP-0001 ATENCIÓN AMBULATORIA EN CONSULTA EXTERNA	Caracterización de Proceso	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-CP-0001 APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Caracterización de Proceso	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0001 SOLICITUD DE NUEVA MUESTRA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0002 CONTROL MICROBIOLOGICO BANCO DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0003 REGISTRO DE CONTROL Y TEMPERATURA DE NEVERA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0004 LISTADO DE RIESGOS - OBSERVACIONES	Formato	2

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0005 CONTROL DE RESIDUOS LIQUIDOS (VERTIMIENTOS)	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0006 REGISTRO DIARIO DE MICROBIOLOGÍA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0007 REGISTRO DE FROTIS VAGINAL-GRAM	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0008 REGISTRO DE HEMATOLOGÍA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0009 REGISTRO DE INMUNOLOGÍA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0010 REGISTRO DE VIOLENCIA SEXUAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0011 INVENTARIO Y CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS LABORATORIO CLÍNICO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0012 REGISTRO DE CONTROL Y TEMPERATURA DE INCUBADORA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0013 REGISTRO DE CONTROL Y TEMPERATURA DE BAÑO SEROLOGICO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0014 CRONOGRAMA CONTROL MICROBIOLOGICO AREA CIRUGIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0015 CONTROL MICROBIOLOGICO AREA CIRUGIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0016 CONTROL DE ESTERILIDAD MEDIOS DE CULTIVOS AREA DE MICROBIOLOGIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0017 ANALISIS CONTROL DE CALIDAD	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0018 SOLICITUD DE NUEVA MUESTRA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0019 REGISTRO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0020 REGISTRO DE PROTEINAS Y DEPURACION DE CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0021 REGISTRO DIARIO TSH NEONATAL	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0022 REGISTRO INTERNO DE HEMATOLOGÍA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0023 REGISTRO DE ORINAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0024 REGISTRO DE COPROLÓGICOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0025 REGISTRO DE QUIMICA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0026 REGISTRO DE LIQUIDOS CORPORALES	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0027 REGISTRO DE COAGULACIÓN	Formato	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0028 REGISTRO DE FIRMAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0029 ADT-FR-0030 FICHA TECNICA EQUIPOS LABORATORIO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0030 PEDIDO DE REACTIVOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0031 DENGUE IgM ELISA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0032 MUESTRAS ALMACENADAS EN NEVERA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0033 PACIENTES NOTIFICADOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0034 TSH NEONATAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0035 REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD SOLUCION SALINA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0036 CONTROL DE CALIDAD COLORACION ZIEHL NEELSEN	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0037 REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE COAGULACION	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0038 REGISTRO DE LIMPIEZA, TIEMPO Y TEMPERATURA DEL HORNO DE SECADO	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0039 CONTROL CALIDAD COLORACION GRAM	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0040 CONTROL DE CALIDAD INMUNOLOGIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0041 REGISTRO DIARIO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0042 CONTROL DE CALIDAD DEL ASPECTO ANTISUERO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0043 CONTROL LIMPIEZA EQUIPOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0044 CONTROL LIMPIEZA PIPETAS AUTOMATICAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0045 ENTREGA DE RESULTADOS PARA FACTURACION	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0046 ENTREGA DE TURNO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0047 CONTROLES ELECTROLITOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0048 REGISTRO DE TEMPERATURA AMBIENTE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0049 REGISTRO % HUMEDAD	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0050 REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0051 LIMPIEZA Y DESINFECCION DE NEVERA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0052 LIMPIEZA Y DESINFECCION DE BAÑO SEROLOGICO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0053 AUDITORIAS INTERNAS EN EL ELABORATORIO CLINICO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0054 AUDITORIAS GESTION DE CALIDAD	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0055 COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0056 ACTA DE ENTREGA DE CARGO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0057 INDUCCION ESPECIFICA AL CARGO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0058 EVALUACION PERIODO DE PRUEBA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0059 TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0060 SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE HEMATOLOGIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0061 SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE QUIMICA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0062 RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS DE DX IN VITRO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0063 RECEPCION TECNICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0064 RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0065 RECEPCION TECNICA DE INSUMOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0066 MANTENIMIENTO CS T240 DIIRUI	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0067 GESTION DE INVENTARIO.xlsm	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0068 CONTROL DE CALIDAD INTERNO PRUEBAS RAPIDAS DE ANTIGENOS COVID-19	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0069 REGISTRO DE MANTENIMIENTO MINDRAY LAVADOR	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0070 RUTINA DE MANTENIMIENTO ANALIZADOR HEMATOLOGIA BCC-3600	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0071 REGISTRO DE MANTENIMIENTO INCUBADOR-AGITADOR STAT FAX 2200	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0072 REGISTRO DE MANTENIMIENTO LECTOR STAT FAX 303	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0073 SOLICITUD DE REACTIVOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0074 EGRESO DE REACTIVOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0075 LISTA DE CHEQUEO AUDITORIA INTERNA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0076 REGISTRO DE ERRORES EN EL LABORATORIO CLINICO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0077 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TEST DE O 'SULLIVAN, TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA Y CURVA GLUCEMIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0078 LISTA DE CHEQUEO AUDITORIA TRANSFUSION SANGUINEA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0079 EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUSIONAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0080 CRONOGRAMA COMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0081 ACTA DE ENTRENAMIENTO Y EVALUACION DEL AFILIADO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0082 ENTREGA DE CARGO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0083 REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0084 CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN EN BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0085 CONTROL DE CALIDAD EXTERNO INMUNOSEROLOGIA PEEDD-IS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0086 REGISTRO CONTROL INTERNO DE PRUEBAS INFECCIOSAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0087 REGISTRO CONTROL DE CALIDAD PEEDD-IH	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0088 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0089 ACTA COMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0090 RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0091 FACTURACION EN BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0092 OFICIO DE REMISION DEL DONANTE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0093 CRONOGRAMA DE REINDUCCION DEL PERSONAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0094 VERIFICACION DIARIA DE NEVERAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0095 PROGRAMA DE VALIDACIÓN DE EQUIPOS	Formato	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0096 LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORIA EN BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0097 ACTA DE SOCIALIZACIÓN	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0098 SOLICITUD DE RESERVA Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0099 ENCUESTA PARA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0100 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSION SANGUINEA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0101 REGISTRO DE EFECTOS INDESEADOS SOBRE REACTIVOS DE DX IN VITRO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0102 VERIFICACION DE ALERTAS SANITARIAS INVIMA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0103 INVENTARIO GENERAL EQUIPOS BANCO DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0104 RECEPCION TECNICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0105 RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS DE DX IN VITRO	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0106 CONTROL DE CALIDAD BALANZA DE FLEBOTOMIA	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0107 MANTENIMIENTO BEST 2000	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0108 REGISTRO CONTROL CALIDAD ASPECTO CELULAS A1, BI-IPOOL	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0109 REGISTRO CONTROL DE CALIDAD ASPECTO DE TARJETAS GELDILUYENTE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0110 PEDIDO ALMACEN	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0111 NOTIFICACION DE DONANTES DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0112 REGISTRO HUMEDAD RELATIVA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0113 LIMPIEZA SISTEMA DIAMED	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0114 LIMPIEZA DE EQUIPOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0115 ANALISIS CONTROL DE CALIDAD	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0116 REGISTRO DE LIMPIEZA POR AREAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0117 ACTA DE CAPACITACIONES	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0118 REGISTRO DE RESULTADOS PRUEBAS INFECCIOSAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0119 CONTROL DE VERTIMIENTOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0120 LISTA DE CHEQUEO ASESORIA POST PRUEBA CONFIRMATORIA	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0121 REGISTRO CONTROL MICROBIOLOGICO DE UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0122 FICHA TECNICA DE EQUIPOS EN BANCO DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0123 REGISTRO DETERMINACION DE FENOTIPO DONANTES	Formato	0

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0124 REGISTRO MANUAL DE ENTREGA DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0125 REGISTRO DE REACCIONES A LA DONACIÓN	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0126 REGISTRO DE INFORME DE ERRORES, ACCIDENTES Y EQUIVOCACIONES	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0127 REGISTRO DE FIRMAS	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0128 INVENTARIO DE EQUIPOS PARA CALIBRACION EN BANCO DE SANGRE	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-FR-0129 REGISTRO DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS A OTRAS INSTITUCIONES	Formato	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0001 ADQUISICION, RECEPCION Y ALMACENAMIENTO DE REACTIVOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS	Manual	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0002 ENTREGA DE RESULTADOS	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0003 CONTROL DE CALIDAD EXTERNO	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0004 BIOSEGURIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO	Manual	2
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0005 ENTRENAMIENTO, REINDUCCION Y CAPACITACION	Manual	2
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0006 LIQUIDOS CORPORALES	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0007 HEMATOLOGIA	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0008 DENGUE	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0009 TIROTROPONINA (TSH)	Manual	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0010 CONTROL DE CALIDAD INTERNO EN COAGULACION	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0011 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA)	Manual	2

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0012 TROPONINA I	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0013 ELECTROLITOS SERICOS	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0014 PRUEBAS INFECCIOSAS	Manual	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0015 ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD	Manual	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0016 GESTION DOCUMENTAL	Manual	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0017 COPROLOGICOS	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0018 CONTROL DE CALIDAD EN INMUNOLOGIA	Manual	5
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0019 COAGULACIÓN	Manual	5
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0020 FROTIS VAGINAL Y SECRECION URETRAL	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0021 TOMA, SEPARACION, TRANSPORTE Y REMISION DE MUESTRAS	Manual	5
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0022 LABORATORIO CLINICO	Manual	6
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-MA-0022 LIMPIEZA, ESTERILIZACION, DESINFECCION DE AREAS Y ELIMINACION DE DESECHOS	Manual	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0001 ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	Procedimiento	6
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0002 RECEPCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	Procedimiento	7
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0003 SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	Procedimiento	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0004 ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	Procedimiento	6
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0005 DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	Procedimiento	5

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0006 DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	Procedimiento	6
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0007 CONTROL DE VENCIDOS	Procedimiento	5
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0008 DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS DEL SERVICIO FARMACEUTICO	Procedimiento	6
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0009 MANEJO DE MEDICAMENTOS FRANJA VIOLETA	Procedimiento	7
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0010 PLAN DE CONTINGENCIA PARA CADENA DE FRIO	Procedimiento	6
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0011 TECNOVIGILANCIA	Procedimiento	8
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0012 TOMA DE TEMPERATURAS Y HUMEDAD RELATIVA	Procedimiento	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT-PR-0013 FARMACOVIGILANCIA	Procedimiento	6
ATENCION HOSPITALARIA CLÍNICA	AC-CP-0001 ATENCION HOSPITALARIA CLÍNICA	Caracterización de Proceso	0
ATENCION HOSPITALARIA QUIRÚRGICA	AQ-CP-0001 ATENCION HOSPITALARIA QUIRÚRGICA	Caracterización de Proceso	0
ATENCIÓN AMBULATORIA EN URGENCIAS	AU-CP-0001 ATENCIÓN AMBULATORIA EN URGENCIAS	Caracterización de Proceso	0
ATENCIÓN AMBULATORIA EN URGENCIAS	AU-FR-0001 ENTREGA DE TURNOS	Formato	0
ATENCIÓN AMBULATORIA EN URGENCIAS	AU-PR-0001 TRIAGE	Procedimiento	0
ATENCIÓN AMBULATORIA EN URGENCIAS	AU-PR-0002 EGRESO URGENCIAS	Procedimiento	0
TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	TE-CP-0001 TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	Caracterización de Proceso	0

Documentos Macroproceso de Apoyo

PROCESO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	VERSIÓN

GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-CP-0001 GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	Caracterización de Proceso	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0001 LISTA DE CHEQUEO -PGIRASA	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0002 LISTA DE CHEQUEO EMPRESA GESTORA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0003 ACTIVIDADES DIARIAS DE MANTENIMIENTO	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0004 EQUIPOS AVERIADOS	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0005 ENTREGA DIARIA DE TURNOS	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0006 ORDEN DE MANTENIMIENTO	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-FR-0007 REPORTE DE MANTENIMIENTO	Formato	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-MA-0001 LIMPIEZA Y DESINFECCION	Manual	4
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-MA-0002 BIOSEGURIDAD COVID 19	Manual	3
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-MA-0003 PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	Manual	12
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-MA-0004 PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO LABORATORIO CLINICO	Manual	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PG-0001 CONTROL Y VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Procedimiento	2
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PG-0002 USO EFICIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	Procedimiento	1
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PR-0001 MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	Procedimiento	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PR-0002 MANTENIMIENTO DE MOBILIARIO	Procedimiento	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PR-0003 EMERGENCIA EN CASO DE FALLA ELECTRICA	Procedimiento	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PR-0004 IDENTIFICACIÓN Y RESPUESTA A NECESIDADES DE AMBIENTE FÍSICO	Procedimiento	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PR-0005 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	Procedimiento	0
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	AF-PR-0006 PLAN CONTINGENCIA ANTE FALLAS DE LA INFRAESTRUCTURA	Procedimiento	0
GESTIÓN DOCUMENTAL	GD-CP-0001 GESTIÓN DOCUMENTAL	Caracterización de Proceso	0
GESTIÓN DOCUMENTAL	GD-FR-0001 TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL	Formato	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-CP-0001 GESTIÓN FINANCIERA	Caracterización de Proceso	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-FR-0001 SOLICITUD CDP	Formato	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-FR-0002 CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Formato	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-FR-0003 COMPROMISO PRESUPUESTAL	Formato	0

GESTIÓN FINANCIERA	GF-FR-0004 PRESUPUESTO DE GASTO	Formato	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-FR-0005 PRESUPUESTO DE INGRESOS	Formato	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-MA-0001 GESTION DE COBRO CARTERA	Manual	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-MA-0002 AUDITORIA DE CUENTAS	Manual	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-MA-0003 FACTURACIÓN	Manual	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-PR-0001 CONTABILIDAD	Procedimiento	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-PR-0002 PRESUPUESTO	Procedimiento	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-PR-0003 CAJA Y RECAUDO	Procedimiento	0
GESTIÓN FINANCIERA	GF-PR-0004 TESORERIA	Procedimiento	0
GESTIÓN DE RECURSOS INFORMÁTICOS	RI-CP-0001 GESTIÓN DE RECURSOS INFORMÁTICOS	Caracterización de Proceso	0
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	TB-CP-0001 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Caracterización de Proceso	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-CP-0001 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Caracterización de Proceso	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0001 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS SG-SST	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0002 LISTADO MAESTRO DE REGISTROS SG-SST	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0003 CONTROL DE COPIAS CONTROLADAS	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0004 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0005 LISTA DE CHEQUEO LEVANTAMIENTO DE RIESGOS EN PUESTOS DE TRABAJO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0006 MATRIZ DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0007 CRONOGRAMA DE TRABAJO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0008 ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0009 LISTADO DE PERSONAL	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0010 CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES REUNIONES	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0011 QUEJAS DE ACOSO LABORAL	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0012 FICHA TECNICA DE INDICADORES	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0013 REPORTE DE PRESUNTO CASO DE ENFERMEDAD POR COVID-19	Formato	0

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0014 SEGUIMIENTO DE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE COVID-19	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0015 REGISTRO FOTOGRÁFICO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0016 DETERMINACION DE LA PRESENCIA DEL RIESGO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0017 DETERMINACION DE LA PRESENCIA DE CASOS	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0018 PLANEACION DE MEDIDAS DE INTERVENCION	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0019 SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INTERVENCION	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0020 REMISION A EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0021 INSPECCION DE LA INFRAESTRUCTURA	Formato	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0022 INSPECCION DE EXTINTORES	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0023 INPECCIÓN DE LA SEÑALIZACION	Formato	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0024 INSPECCION DE ALMACENAMIENTO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	Formato	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0025 INSPECCION DE RIESGO BIOLÓGICO	Formato	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0026 INPECCIÓN DE LOS BOTIQUINES	Formato	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0027 REPORTE INTERNO DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0028 INVESTIGACIÓN ATEL	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0029 ACTA DE CAPACITACIÓN REUNIÓN	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0030 CONTROL DE AUSENTISMO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0031 GESTION DEL CAMBIO DEL SG-SST	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0032 INSCRIPCION DE CANDIDATOS AL COMITÉ	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0033 TARJETÓN PARA VOTOS	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0034 PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VOTACIÓN	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0035 CIERRE DE VOTACIÓN Y RESULTADOS DEL ESCRUTINIO	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0036 CONTROL DE CASOS DE SALUD ESPECIALES	Formato	0

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0037 REGISTRO DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0038 LISTA DE CHEQUEO AUDITORIAS INTERNAS	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0039 INFORME AUDITORÍA	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0040 LISTA DE CHEQUEO RENDICION DE CUENTAS	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0041 LISTA DE CHEQUEO REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN	Formato	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0042 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES SST	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0043 CONFORMACION DE BRIGADAS DE EMERGENCIA	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0044 PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0045 INSPECCIÓN DE ASEO ORDEN Y LIMPIEZ	Formato	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-FR-0046 INSPECCION DE DOTACION Y EPP	Formato	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-MA-0001 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Manual	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-MA-0002 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA CONTRATISTAS Y PROVEEDORES	Manual	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0001 INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN EN SST	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0002 ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0003 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0004 ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0005 INSPECCIONES DE SEGURIDAD	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0006 SEÑALIZACIÓN	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0007 ORDEN Y LIMPIEZA	Programa	2
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0008 AUDITORIAS INTERNAS AL SGSST	Programa	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH-PG-0009 REINCORPORACIÓN SOCIOLABORAL	Programa	1

Documentos Macroproceso de Evaluación

PROCESO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	VERSIÓN
CONTROL INTERNO	CI-CP-0001 CONTROL INTERNO	Caracterización de Proceso	0
CONTROL INTERNO	CI-FR-0001 INFORME DE AUDITORIA	Formato	0
CONTROL INTERNO	CI-FR-0002 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Formato	0