	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 1 de 366

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS



NAYIBE LUCIA JULIO SIMANCA
Gerente

VERSIÓN 02

Montería

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Ing. Calidad	Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerencia
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad – cinco (5) años.	Documento Original: Oficina de Calidad.	Disposición final: Oficina de Calidad.



TABLA DE CONTENIDO

1. GENERALIDADES.....4

1.1 ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION.....4-5

1.2 CONTROL DE CAMBIOS.....6

1.3 PRESENTACION.....6-7

1.4 DEFINICIONES GENERALES DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....7-11

1.5 PRESENTACION DE LA EMPRESA.....11

 1.5.1 MISIÓN.....11

 1.5.2 VISIÓN.....11

 1.5.3 PRINCIPIOS CORPORATIVOS.....11

 1.5.4 VALORES CORPORATIVOS.....12

 1.5.5 ORGANIGRAMA.....13

1.6 OBJETIVO DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....14

1.7 CONTROL Y DIVULGACION DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....14

1.8 CONFIDENCIALIDAD DEL MANUAL.....15

1.9 METODOLOGIA DE FORMULACION.....15

 1.9.1 LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.....15

 1.9.2 CONSOLIDACIÓN TÉCNICA DE LA INFORMACIÓN.....15

 1.9.3 DIAGRAMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....15-16

 1.9.4 REVISIÓN DEL PROCESO Y/O PROCEDIMIENTO.....17

 1.9.5 VALIDACIÓN DEL PROCESO Y/O PROCEDIMIENTO.....17

 1.9.6 AJUSTES PREVIOS AL PROCESO Y/O PROCEDIMIENTO.....17

 1.9.7 REVISIÓN DEL PROCESO Y/O PROCEDIMIENTO POR EL RESPONSABLE DEL NIVEL DIRECTIVO O ASESOR DEL ÁREA FUNCIONAL.....17

 1.9.8 APROBACIÓN Y ADOPCIÓN MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO.....17

2. ESTRUCTURA DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....18

2.1 CLASIFICACION Y ORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS.....15

 2.1.1 DE DIRECCIÓN.....18

 2.1.2 MISIONAL.....18

 2.1.3 DE APOYO.....18-19


 2.1.4 DE EVALUACIÓN.....19

2.2 MAPA DE PROCESOS.....15

2.3 DESPLIEGUE DE PROCESOS.....21-25

3. CARACTERIZACION Y FICHAS DE MACROPROCESOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....26-366

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Ing. Calidad	Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerencia
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad – cinco (5) años.	Documento Original: Oficina de Calidad.	Disposición final: Oficina de Calidad.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 4 de 366

1. GENERALIDADES

1.1. Acto Administrativo de Aprobación:



GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA
CONTINUA

CÓDIGO: MA-CM-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 24/04/2013

MANUAL DE CALIDAD

Página 5 de 366

1.2. Control de Cambios:

E: Elaboración de un nuevo proceso o procedimiento, en este caso no se diligencia el campo de actividades.

M: Modificación de un proceso o procedimiento.


X: Eliminación de un proceso o procedimiento del manual, en este caso no se diligencia el campo de actividades.

Versión	PROCESO ACTUALIZADO		INFORMACIÓN DE CAMBIOS				Acto Administrativo de Adopción	
	Proceso	Procedimiento / Subproceso	E	M	X	Actividades o Justificación		Elaboró / Actualizó
01	Manual de procesos y Procedimientos		X			Necesidad de contar con un Manual de Procesos y Procedimientos adecuado a la estructura organizacional y servicios de la empresa.	Grupo Auditor	Acuerdo 145 de 2013.
02								

1.3. Presentación

La Oficina de Calidad, considerando la importancia de la actualización de los procesos y procedimientos que conforman el modelo de operación de la Empresa Social del Estado Vidasinú, como herramienta gerencial que garantiza la organización y desarrollo eficiente de la gestión: presenta el Manual de Procesos y Procedimientos en su Versión 0.1; el cual complementa al Manual de Funciones.

La estructura de los procesos que se presentan, está enfocada en satisfacer una necesidad desde su origen hasta obtener un producto final, incluyendo en él todas las áreas que tengan a cargo el desarrollo de actividades involucradas en

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 7 de 366

el logro del resultado final; lo cual, permite la visualización global de los procesos y procedimientos.







Se incluyen, además, los formatos documentos y/o registros estandarizados acorde a las necesidades de la empresa, en las diferentes actividades de los procedimientos; los cuales, forman parte de listados maestros que están directamente relacionados con el presente manual.


Igualmente se relacionan algunos indicadores ya formulados en fichas técnicas los cuales se ven impactados con la ejecución de los procesos y procedimientos. Los indicadores se consolidan en un Manual de Indicadores, el cual se actualiza y sus ajustes se deben relacionar a los procesos del presente manual, siempre que este se encuentre vigente.














El presente manual de procesos y procedimientos se formuló de tal manera que se puedan documentar todos los cambios realizados a un mismo proceso y así, garantizar que siempre esté debidamente actualizado.


1.4. Definiciones Generales del Manual de Procesos y Procedimientos


A continuación, se presentan los conceptos y definiciones generales que enmarcan el Manual de Procesos y Procedimientos; Las definiciones específicas se presentan en el glosario de cada proceso:


-  **Acción Correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
-  **Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
-  **Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.
-  **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
-  **Cliente:** Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
-  **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.


	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 8 de 366


-  Documento: Información y su medio de soporte.
-  Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
-  Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
-  Enfoque Basado en los Procesos: Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en los procesos".
-  Entidades: Entes de la rama ejecutiva del poder público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.
-  Estructura de la Entidad: Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.
-  Gestión Documental: Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
-  Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.
-  Indicador: Medida de la actuación de una organización que se usa para evaluar la eficiencia, la eficacia y la calidad de una acción determinada.
-  Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.
-  Manual de Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.
-  Mapa de Procesos y Cadena de Valor: Clasificación de los procesos de una organización en categorías predeterminadas: procesos estratégicos, fundamentales y de soporte.
-  Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.


	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 9 de 366


-  Mejora de la Calidad: Concepto que expresa la búsqueda permanente de las causas de los problemas para lograr una mejora continuada e incremental en todas las otras actividades de la empresa.


-  Misión: Se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.


-  No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

-  Objetivo de la Calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

-  Parte Interesada: Organización, persona o grupo que tenga un interés en el desempeño de una entidad.

-  Política de la Calidad de una Entidad: Intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.


-  Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.












-  Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, las cuales transforman elementos de entrada en elementos de salida.


- ✓ Procesos de Apoyo: Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.



- ✓ Procesos de Evaluación: Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

- ✓ Procesos Estratégicos: Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 10 de 366

- ✓ Procesos Misionales: Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.
-  Producto o Servicio: Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
-  Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio. Racionalidad Lógico-Científica.
-  Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
-  Reproceso: Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.
-  Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
-  Responsabilidad: Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.
-  Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
-  Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.
-  Sistema de Gestión de la Calidad para Entidades: Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
-  Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.
-  Trazabilidad: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 11 de 366

-  Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
-  Verificación: Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

1.5. Presentación de la Empresa




1.5.1. Misión


Prestamos servicios de salud de baja complejidad, liderando acciones de protección específica y detección temprana, en una amplia red de atención ubicada estratégicamente en la Ciudad de Montería; con atención humanizada, segura y oportuna, talento humano idóneo y comprometido; generando valor compartido, conciencia social y ambiental y sirviendo de referente para otras instituciones de la región.


1.5.2. Visión


Seremos en el 2020 la empresa social del estado líder por la innovación en su modelo de atención, reconocidos por la calidad y seguridad en nuestros procesos, con la mejor experiencia de la atención para sus usuarios; impactando en crecimiento a sus colaboradores, rentabilidad a la sociedad y cuidado al medio ambiente.

1.5.3. Principios Corporativos:







-  Transparencia: Las condiciones de prestación de servicios, la relación entre los diferentes actores del sistema General de seguridad social en salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
-  Participación Social: Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
-  Eficiencia: Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en la salud y calidad de vida de la población.


	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 12 de 366

- 
Calidad: Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo a la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante la atención humanizada.

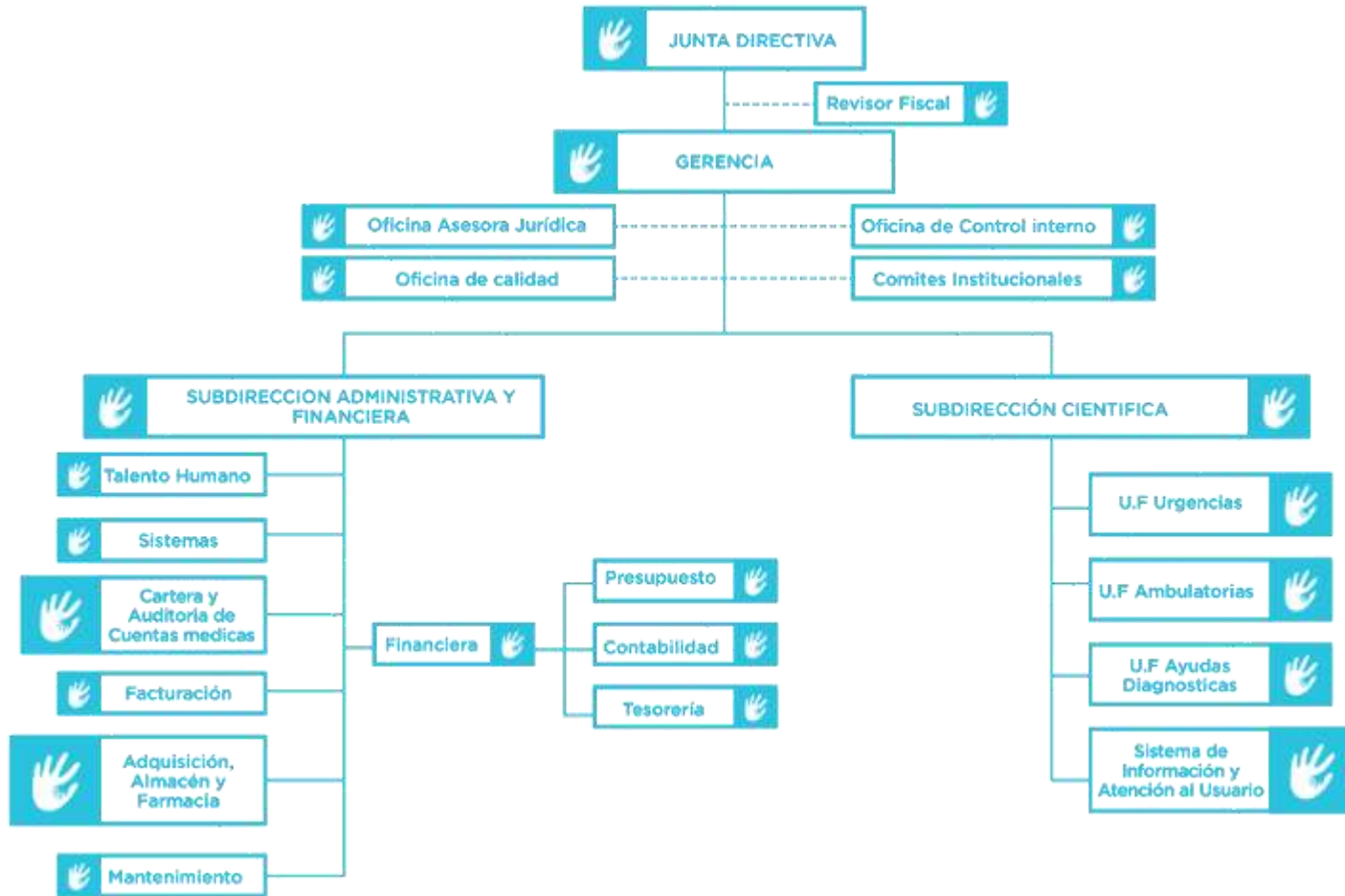
- 
Enfoque Diferencial: Se reconoce las características particulares en razón de edad, raza, género, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.


1.5.4. Valores Corporativos:

- 
Compromiso.
- 
Honestidad.
- 
Cumplimiento.
- 
Respeto.
- 
Eficiencia.
- 
Responsabilidad.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
	MANUAL DE CALIDAD	VERSIÓN: 02
		FECHA: 24/04/2013
		Página 13 de 366

1.5.5. Organigrama:



	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
	MANUAL DE CALIDAD	VERSIÓN: 02
		FECHA: 24/04/2013
		Página 14 de 366

1.6. Objetivo del Manual de Procesos y Procedimientos

Estandarizar la operación y funcionamiento interno de la Empresa Social del Estado VIDASINÚ, a través de procesos y procedimientos eficientes, encaminados al logro de los objetivos institucionales y a la mayor satisfacción de nuestros Usuarios.

1.7. Control y Divulgación del Manual

1.7.1. Control

La Oficina de Calidad tendrá la responsabilidad del manejo y conservación del Manual de Procesos y Procedimientos en Original, de generar copias, hacer entrega de Copias Controladas y No Controladas del mismo con sus registros respectivos.


Las consultas que se requieran por las diferentes áreas o personal de la empresa serán atendidas en la Oficina de Calidad.

Este Manual se constituye como documento de revisión constante, sujeto a modificaciones y actualizaciones, previa revisión y aprobación de las mismas. En caso de presentarse cambios, modificaciones o adiciones al Manual de Procesos y Procedimientos, se remitirá la versión vigente a los ejecutores o dueños del mismo, y se realizarán las anotaciones en las fichas de control de cambios.

1.7.2. Divulgación

El Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0 de la Empresa Social del Estado Vidasinú es divulgado y socializado a través de diferentes estrategias como presentaciones grupales o personalizadas, como temas de inducción, a través de publicaciones en la página web institucional, publicaciones, etc.

Los responsables de la divulgación del Manual de Procesos y Procedimientos, así como sus ajustes o actualizaciones, serán quienes se encuentren en las fichas de caracterización como responsables del proceso conjuntamente con los profesionales de la Oficina de Calidad.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 15 de 366

1.8. Confidencialidad del Manual

Este Manual de Procesos y Procedimientos es propiedad de la Empresa Social del Estado Vidasinú y NO podrá reproducirse ni difundirse, total o parcialmente sin autorización escrita.

La Empresa Social del Estado Vidasinú se reserva el derecho de requerir la devolución de este documento cuando no se den las circunstancias que hicieron necesaria o recomendable su entrega.

1.9. Metodología de Formulación

La metodología empleada en la formulación del Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0, se desarrolló en las siguientes etapas:

1.9.1. Levantamiento de Información

Desarrollado de manera conjunta entre los dueños del proceso y/o procedimiento y los profesionales de la Oficina de Calidad. En el levantamiento de información se identifican los documentos, formatos y/o registros generados, así como los indicadores que impactan en dicho proceso, los cuales se reflejan en las fichas de procesos y/o procedimientos aprobadas.


1.9.2. Consolidación Técnica de la Información

Consolidar la información obtenida en las fichas correspondientes a procesos o procedimientos.

1.9.3. Diagramación del Procedimiento:










Una vez consolidada la información se procede a diagramar en flujo según la simbología de la ANSI.


Un diagrama de flujo es la representación gráfica de flujo de un algoritmo o de una secuencia de acciones rutinarias. Se basan en la utilización de diversos símbolos para representar operaciones específicas. Se les llama diagramas de flujo porque los símbolos utilizados se conectan por medio de flechas para indicar la secuencia de la operación.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 16 de 366

El lenguaje gráfico de los diagramas de flujo está compuesto de símbolos, cada uno de ellos tiene un significado diferente, lo que garantiza que tanto la interpretación como el análisis del diagrama se realicen de forma clara y precisa. Así mismo, para asegurar la interpretación unívoca del diagrama de flujo resulta necesario el diseño y escogencia de determinados símbolos a los que se les confiera convencionalmente un significado preciso, así como definir reglas claras con respecto a la aplicación de estos.

En el presente manual se aplica la simbología desarrollada por American National Standard Institute (ANSI), así:

	Inicio / Fin: Indica el inicio y el final del diagrama de flujo.
	Operación / Actividad: Símbolo de proceso, representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento.
	Documento: Representa cualquier tipo de documento que entra, se utilice, se genere o salga del procedimiento.
	Decisión: Indica un punto dentro del flujo en que son posibles varios caminos
	Datos: Indica la salida y entrada de datos.
	Líneas de flujo: Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones.
	Almacenamiento / Archivo: Indica el depósito permanente de un documento o información dentro de un archivo.
	Conector: Conector dentro de página. Representa la continuidad del diagrama dentro de la misma página. Enlaza dos pasos no consecutivos en una misma página.
	Conector de página: Representa la continuidad del diagrama en otra página. Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente en la que continua el diagrama de flujo.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
	MANUAL DE CALIDAD	VERSIÓN: 02
		FECHA: 24/04/2013
		Página 17 de 366

1.9.4. Revisión del Proceso y/o Procedimiento:

Remitir el proceso y/o procedimiento consolidado y el diagrama de flujo a revisión por parte de los ejecutores.

1.9.5. Validación del Proceso y/o Procedimiento:

Consiste en poner en práctica o a prueba un proceso y los procedimientos que correspondan, a fin de determinar que la secuencia de actividades es correcta, que los responsables corresponden a cada actividad, que se incluyen los documentos, formatos o registros empleados o generados, que el enfoque es basado en los Usuarios, que la normatividad aplicable está incluida, etc. Una vez culminada la validación se debe oficiar para posibles ajustes, inclusiones o mejoras en la formulación del proceso y sus procedimientos. En lo relacionado a documentos, formatos (SIS) o registros, se refiere a todos aquellos que pueden ser empleados o generados en la actividad. No es necesario mantener los documentos preliminares o borradores, ya que se validan con un documento final que cuenta con firmas de revisión o validación.

1.9.6. Ajustes Previos al Proceso y/o Procedimiento:


Adelantar los ajustes pertinentes a los procesos y procedimientos en las fichas y en el diagrama de flujo, surgidos en la etapa de validación o puesta a prueba.

1.9.7. Revisión del Proceso y/o Procedimiento por el Responsable del Nivel Directivo o Asesor del Área Funcional:

Una vez validados y ajustados el proceso y/o procedimiento por los actores del mismo, se remite según corresponda al jefe del nivel directivo o asesor líder del proceso, para revisión previa a la aprobación final.

1.9.8. Aprobación y adopción mediante acto administrativo:

La adopción del presente Manual de procesos y procedimientos, se hace mediante acto administrativo firmado por el Gerente.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 18 de 366

2. ESTRUCTURA DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

2.1. Clasificación y Organización de los Procesos

Los MACROPROCESOS de la Empresa Social del Estado Vidasinú, en la presente formulación se han agrupado en cuatro grupos, así:

Macroproceso

2.1.1. De dirección:

Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de la comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.






Procesos relacionados:

-  Gestión y Planeación Estratégica.
-  Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

2.1.2. Misional:

También conocidos como de realización del producto o de la prestación del servicio, incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la Entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos relacionados:


-  Atención de Urgencias.
-  Hospitalización.
-  Consulta Externa.
-  Promoción, Prevención y Salud Pública.
-  Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutico.








2.1.3. De Apoyo:

Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Procesos relacionados:

-  Gestión Administrativa y Financiera.

	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 19 de 366

-  Gestión de las TIC.
-  Gestión Documental y de Comunicaciones.
-  Gestión Jurídica.
-  Gestión Ambiental.
-  Gestión del Talento Humano.
-  Atención al Ciudadano (SIAU).
-  Gestión de Recursos Físicos.


2.1.4. De Evaluación:

Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y misionales.

Procesos relacionados:

-  Control Interno.

Los procedimientos se detallan en el inventario relacionado en el despliegue de procesos.

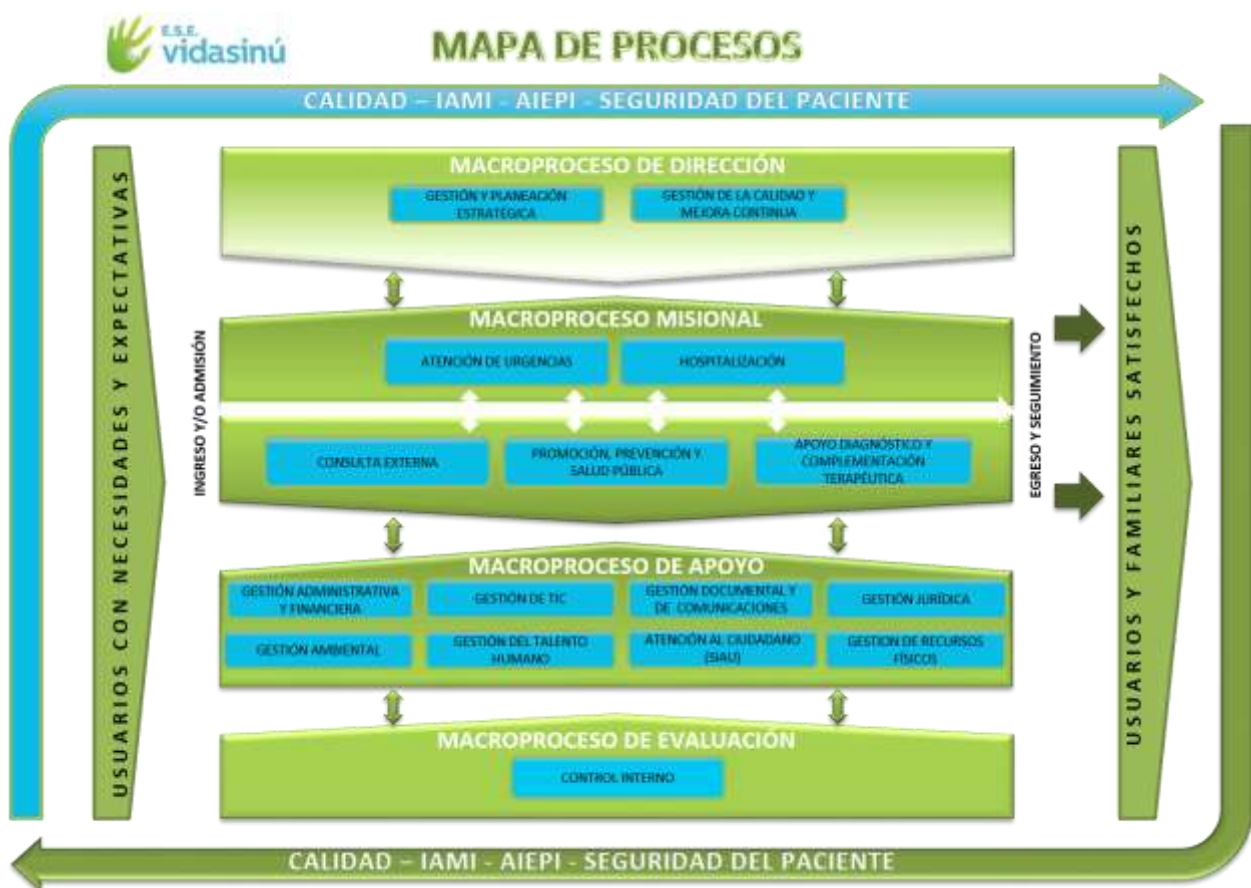
	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: MA-CM-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA: 24/04/2013
		Página 20 de 366


2.2. Mapa de Procesos

El mapa de procesos es una representación gráfica que permite visualizar todos los procesos que existen en la E.S.E. Vidasinú y su interrelación entre ellos.

Antes de realizar el mapa de procesos es necesario identificar todos los procesos.

Anexo No. 3.



	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA		CÓDIGO: MA-CM-01
			VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD		FECHA: 24/04/2013
			Página 21 de 366

2.3. Despliegue de Procesos


El Despliegue de Procesos describe la clasificación y organización por Macroprocesos, Procesos, Procedimientos y Subprocedimientos que los conforman.

MACROPROCESO		PROCESO		PROCEDIMIENTO		SUBPROCEDIMIENTO	
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
MP - DE	DE DIRECCIÓN	PR - GE	Gestión y Planeación Estratégica	PD-GE-01	Formulación y ejecución de planes institucionales.		
				PD-GE-02	Formulación y ejecución de proyectos.		
				PD-GE-03	Levantamiento o actualización de procesos y procedimientos del modelo de operación.		
				PD-GE-04	Revisión por la Dirección.		
				PD-GE-05	Control de documentos.		
		PR - CM	Gestión de la Calidad y Mejora Continua	PD-CM-01	Manejo de los incidentes y producto no conforme.		
				PD-CM-02	Gestión de eventos adversos.		
MP - MS	MISIONAL	PR - UR	Atención de Urgencias	PD-UR-01	Triage de urgencias.		
				PD-UR-02	Atención inicial de urgencias.		
				PD-UR-04	Manejo de cadáveres.		
				PD-UR-05	Traslado asistencial básico.		
				PD-HO-01	Ingreso a hospitalización y hospitalización obstétrica de baja complejidad.		
		PR - HO	Hospitalización	PD-HO-02	Atención en hospitalización.		
				PD-HO-03	Atención de parto.		
				PD-HO-04	Atención y egreso de posparto.		
				PD-HO-05	Egreso de hospitalización.		
				PR - CE	Consulta Externa	PD-CE-01	Consulta Médica General.
		PD-CE-02	Consulta Odontológica.				
		PD-CE-03	Consulta de Psicología.				

		PR - PP	Promoción, Prevención y Salud Pública	PD-PP-01	Atención Integral en Salud Oral.				
				PD-PP-02	Consulta de ingreso a programas.				
				PD-PP-03	Consulta de control por medicina general o Enfermería en promoción, prevención y salud pública.				
				PD-PP-04	Aplicación de vacunas.				
				PD-PP-05	Red de Frio.				
				PD-PP-06	Atención Integral de Citología.				
				PD-PP-07	DTA Agudeza Visual.				
		PR - AD	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	PD-AD-01	Servicio Integral de Laboratorio Clínico.				
				PD-AD-02	Toma de Rayos X.				
				PD-AD-03	Toma de ecografía obstétrica.				
				PD-AD-04	Servicio farmacéutico.	SP-SF-01	Selección de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico.		
						SP-SF-02	Adquisición de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.		
						SP-SF-03	Recepción de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.		
						SP-SF-04	Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.		
						SP-SF-05	Dispensación y Distribución de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Odontológicos.		
						SP-SF-06	Manejo de medicamentos de control especial.		
						SP-SF-07	Control de inventarios.		
SP-SF-08	Farmacovigilancia.								
SP-SF-09	Tecnovigilancia.								
MP - AP	DE APOYO	PR - GF	Gestión Administrativa y Financiera	PD-GF-01	Elaboración del presupuesto.				

				PD-GF-02	Expedición de certificados de disponibilidad presupuestal.		
				PD-GF-03	Expedición de registro presupuestal.		
				PD-GF-04	Ejecución Presupuestal.		
				PD-GF-05	Modificaciones al Presupuesto.		
				PD-GF-06	Plan de adquisiciones.		
				PD-GF-07	Causación de gastos.		
				PD-GF-08	Liquidación y presentación de Retención en la fuente.		
				PD-GF-09	Ingresos.		
				PD-GF-10	Egresos.		
				PD-GF-11	Conciliación Bancaria.		
				PD-GF-12	Manejo de caja menor.		
				PD-GF-13	Facturación de servicios de salud.		
				PD-GF-14	Causación de ingresos, organización y radicación de cuentas de cobro por facturación en modalidad evento.		
				PD-GF-15	Causación de ingresos, organización y radicación de cuentas de cobro por facturación en modalidad capitación.		
				PD-GF-16	Análisis y seguimiento de glosas.		
				PD-GF-17	Cartera por eventos.		
				PD-GF-18	Cartera por capitación.		
				PD-GF-19	Ingresos por cartera.		
				PD-GF-20	Gestión de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS.		
				PD-GF-21	Gestión de cobros por cartera.		
				PD-GF-22	Conciliación y depuración de cartera.		
				PD-GF-23	Generación de informes de cartera.		
				PD-GF-24	Elaboración de Estados Financieros.		
		PR - GT	Gestión de TIC	PD-GT-01	Gestión de hardware y software.		
				PD-GT-02	Gestión de redes y comunicaciones.		
				PD-GT-03	Gestión estadística.		
				PD-GT-04	Gestión de la seguridad informática.		

		PR - GC	Gestión Documental y de Comunicaciones	PD-GC-01	Recibo y distribución de comunicaciones oficiales.		
				PD-GC-02	Envío de comunicaciones oficiales internas.		
				PD-GC-03	Manejo de archivo de gestión.		
				PD-GC-04	Manejo de archivo central.		
				PD-GC-05	Manejo de archivo histórico.		
				PD-GC-06	Manejo de archivo historias clínicas.		
		PR - GJ	Gestión Jurídica	PD-GJ-01	Emisión de conceptos jurídicos.		
				PD-GJ-02	Atención de procesos judiciales.		
				PD-GJ-03	Cobro jurídico.		
				PD-GJ-04	Elaboración de contratos y convenios.		
		PR - GA	Gestión Ambiental	PD-GA-01	Manejo, control y seguimiento a residuos hospitalarios y similares.		
				PD-GA-02	Manejo, control y seguimiento a ropa sucia.		
				PD-GA-03	Manejo, control y seguimiento a Redes Hidráulicas.		
				PD-GA-04	Esterilización.		
		PR - TH	Gestión del Talento Humano	PD-TH-01	Vinculación de personal.		
				PD-TH-02	Contratación de personal.		
				PD-TH-03	Inducción y reinducción de personal.		
				PD-TH-04	Liquidación de nómina.		
				PD-TH-05	Convenios docencia de servicios.		
				PD-TH-06	Reporte e investigación de accidentes de trabajo.		
				PD-TH-07	Reporte de enfermedades de origen ocupacional.		
				PD-TH-08	Planes de emergencia y brigadas		
		PR - AC	Atención Ciudadano al (SIAU)	PD-AC-01	Trámite y gestión a peticiones, quejas y reclamos de Usuarios externos.		
				PD-AC-02	Mecanismos de escucha y medición de la satisfacción de los Usuarios.		
PD-AC-03	Participación social a través de Alianzas de Usuarios.						


	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA		CÓDIGO: MA-CM-01
			VERSIÓN: 02
	MANUAL DE CALIDAD		FECHA: 24/04/2013
			Página 25 de 366

		PR - RF	Gestión de Recursos Físicos	PD-RF-01	Recepción e ingresos de bienes e insumos.		
				PD-RF-02	Egreso de elementos de almacén según corresponda UPSS.		
				PD-RF-03	Egreso de elementos dados de baja por inservibles, innecesarios u obsoletos.		
				PD-RF-04	Control de Inventarios.		
				PD-RF-05	Mantenimiento integral hospitalario.		
MP - EV	DE EVALUACIÓN	PR - CI	Control Interno	PD-CI-01	Evaluación del Sistema de Control Interno.		
				PD-CI-02	Elaboración del Plan Anual de Auditorías de Control Interno.		
				PD-CI-03	Realización de Auditorías de Control Interno.		
				PD-CI-04	Plan de Mejoramiento.		
				PD-CI-05	Administración del Riesgo.		

3. CARACTERIZACION Y FICHAS DE MACROPROCESOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1. MACROPROCESO DE DIRECCIÓN:

3.1.1. PROCESO GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1
	MACROPROCESO DE DIRECCIÓN - CÓDIGO: MP - DE PROCESO GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA - CÓDIGO: PR - GE	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Planear, direccionar, ejecutar y controlar los planes, proyectos y actividades que la E.S.E. Vidasinú desarrolla para el logro de sus objetivos y políticas enmarcados en la planeación estratégica a fin de alcanzar la mayor satisfacción de nuestros Usuarios.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Necesidad de la empresa o requerimientos normativos para la formulación y ejecución de planes institucionales y proyectos de inversión, necesidad de actualización del modelo de operación por procesos de la empresa.
	TERMINA: Planes institucionales aprobados y ejecutados, proyectos aprobados y ejecutados, procesos y/o procedimientos actualizados dentro del modelo de operación de la empresa.


PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS	Necesidad de direccionar la empresa según la misión y metas establecidas, requerimientos normativos para la formulación y ejecución de planes institucionales, necesidad de formular y ejecutar proyectos, necesidad de actualizar los procesos y procedimientos del modelo de operación de la empresa.	 <p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.</p> <p>¿Qué se hará?, ¿Por qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuánto?.</p> <p>Ejecución de lo planeado, Recolección de datos necesarios, Documentación de todo lo realizado y lo que no se pudo hacer.</p>	Planes institucionales aprobados para ejecución y seguimiento, proyectos viabilizados y aprobados para ejecución, modelo de operación por procesos actualizado según ajustes a procesos y procedimientos.	USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS

PLANEAR	HACER
Establecer las metas propuestas de la entidad para encaminar la formulación de planes institucionales y proyectos	Formular y ejecutar planes institucionales, Formular y ejecutar proyectos.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Levantar y/o actualizar procesos y procedimientos del modelo de operación
Entrenamiento del personal, inducción, re inducción, educación continua.	Adelantar las revisiones gerenciales
	Controlar la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.
VERIFICAR	ACTUAR
Planes institucionales se encuentran aprobados para su ejecución	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias
Los proyectos a ejecutar cuentan con las viabilidades y aprobación antes de su ejecución	Mejoramiento Continuo

Los procesos y procedimientos del modelo de operación están actualizados conforme a las necesidades de la empresa.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-GE-01	Formulación y ejecución de planes institucionales	1.0	
PD-GE-02	Formulación y ejecución de proyectos	1.0	
PD-GE-03	Levantamiento o actualización de procesos y procedimientos del modelo de operación	1.0	
PD-GE-04	Revisión por la dirección	1.0	
PD-GE-05	Control de documentos	1.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Realizar el análisis del plan institucional consolidado y su concertación con los diferentes actores de la empresa.</p> <p>Verificar que los planes institucionales se encuentren aprobados.</p> <p>Verificar que los proyectos a ejecutar cuentan con las viabilidades, permisos y aprobaciones que correspondan al tipo de proyecto.</p> <p>Monitorear los avances en la ejecución del proyecto</p> <p>Determinar la viabilidad del levantamiento, actualización o ajuste de los procesos y procedimientos.</p> <p>Garantizar que los procesos y/o procedimientos son revisados y validados junto con soportes por dueños y responsables de los mismos.</p> <p>Verificar que los procesos y/o procedimientos se encuentran aprobados y socializados.</p> <p>Verificar que la documentación de la empresa se encuentra aprobada. Verificar que la revisión por la dirección se encuentra documentada.</p> <p>Verificación del cumplimiento de los términos y requisitos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de las TICs, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de las Comunicaciones.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo;</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades;</p> <p>FINANCIEROS: Presupuesto anual;</p> <p>TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.</p>	<p>Documentos que soportan la ejecución del proceso como: Código de Ética y Código de Buen Gobierno, Manual de Funciones, Modelo de operación por procesos, Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Estandarización de Documentos, Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial, otros planes institucionales.</p>
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Ley 872 de 2003, Decreto 1011 de 2006 SOGCSS, Decreto 357 de 2008, Resolución 710 de 2012, Ley 1438 de 2011, NTCGP1000:2009, MECI 1000:2005, demás normatividad aplicable sobre la materia.</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS</p> <p>4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS</p> <p>5.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD</p> <p>5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA</p> <p>6.1. PROVISIÓN DE LOS RECURSOS</p> <p>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</p> <p>8.1. GENERALIDADES</p> <p>8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</p> <p>8.2.1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE</p> <p>8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS</p> <p>8.4. ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>8.5. MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	

INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
I.PR.01	Porcentaje de proyectos ejecutados sobre los formulados en la vigencia	
I.POA.01	Porcentaje de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Gerente, Subdirección Científica, Subdirección Administrativa y Financiera, Oficina de Calidad, Oficina de Sistemas, Jefe Oficina Asesora Jurídica, Jefe de Control Interno.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Adecuación:	Suficiencia de las acciones para cumplir los requisitos					
Alta dirección:	Persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad					
Atención de salud:	Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.					
Calidad de la atención de salud:	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.					
Calidad - Accesibilidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					
Calidad- Oportunidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.					
Calidad- Seguridad:	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.					
Calidad- Pertinencia:	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.					
Calidad- Continuidad.	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico					
Condiciones de capacidad tecnológica y científica:	Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud					
Conveniencia:	Grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales					
Corrección:	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada					
Control de documentos:	Los documentos deben controlarse, debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión; revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente; asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos; asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso; asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables; asegurarse de que los documentos de origen externo que la entidad determina que son necesarios para la planificación; se identifican y que se controla su distribución y se previene el uso no intencionado de documentos obsoletos; se debe aplicar una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.					
Control de registros:	Los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad.					
Documento:	Información y su medio de soporte					
Documento Interno:	Información o datos que posee y elabora la empresa a través de papel, disco magnético, óptico o electrónico y/o fotografías.					
Documento Externo:	Información o datos que poseen y elaboran organismos o personas ajenas a la empresa a través de papel, disco magnético, óptico o electrónico y/o fotografías. Este documento sirve de guía o apoyo para el desarrollo de las actividades.					
Eficacia:	Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados					
Eficiencia:	Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados					
Enfoque basado en procesos:	Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado					

Gestión:	Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad				
Gestión documental:	Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación				
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP
	PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSIÓN
	DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO				1
Indicadores:	Herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos. Son medidas verificables de cambio o resultado diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto a metas establecidas.				
Infraestructura:	Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad				
Meta:	La meta es el fin u objetivo de una acción o plan				
Mejora continua:	Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño				
Parte interesada:	Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad				
Plan:	Un plan es el concepto de planificación más general que define las políticas y estrategias de desarrollo que permitan transformar una situación. Se materializa a través de objetivos, estrategias, programas y proyectos, sustentados con unas metas, instrumentos y recursos. En resumen, un plan se articula en programas y estos se conforman por Proyectos				
Planeación estratégica:	La planeación estratégica es la elaboración, desarrollo y puesta en marcha de distintos planes operativos por parte de las empresas u organizaciones, con la intención de alcanzar objetivos y metas planteadas. Estos planes pueden ser a corto, mediano o largo plazo				
Plataforma estratégica:	Planteamiento formal que integra las decisiones fundamentales de la Empresa sobre su razón de ser, sus valores y principios fundamentales, sus aspiraciones y condiciones generales de operación. El nombre plataforma da a entender su papel y soporte para las demás decisiones que conforman la gestión.				
Prestadores de Servicios de Salud:	Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.				
Procedimiento:	Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso				
Proceso:	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados				
Producto y/o servicio:	Resultado de un proceso o un conjunto de procesos				
Programa:	Es la articulación de un grupo de proyectos que apuntan al mismo objetivo, lo cual implica una visión más global para la solución de los problemas, mientras un proyecto sería una solución parcial. En este sentido, un programa puede definirse como un conjunto organizado e integral de proyectos, por lo general orientados por un ámbito sectorial.				
Proyecto:	Un proyecto es un conjunto de acciones interrelacionadas y dirigidas a lograr unos resultados para transformar o mejorar una situación, en un plazo limitado y con recursos presupuestados.				
Proveedor:	Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio				
Registro:	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas				
Documento obsoleto:	Son aquellos documentos que ya no tienen vigencia porque se han generado nuevas versiones mejoradas y que por lo tanto deben ser claramente identificados como tal.				
Efectividad:	Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles				

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Formulación y ejecución de planes institucionales.			PD-GE-01	1
OBJETIVO	Garantizar que la Empresa Social del Estado Vidasinú, cuenta con planes institucionales formulados bajo lineamientos normativos y necesidades de la entidad, encaminados al cumplimiento de la misión y objetivos empresariales, los cuales sean concertados con los actores involucrados y aprobados por las instancias correspondientes, a fin de que su ejecución genere el mejoramiento continuo reflejado en la calidad de los servicios ofrecidos a nuestros Usuarios.					
RESPONSABLE	Responsables de la formulación y ejecución de planes institucionales.					
ENTRADAS	Información primaria, información secundaria, requerimientos normativos, necesidades de la empresa para formular planes institucionales.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la Empresa.					
SALIDAS	Planes institucionales aprobados para ejecución. (Plan Gerencial, Plan Operativo Anual, Plan de Mantenimiento Hospitalario, Planes de Inversiones, etc.).					
CLIENTE	Todos los procesos de la Empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificar la necesidad de formular planes institucionales según las normas vigentes y las necesidades de la empresa.	Responsables de la formulación y ejecución de planes institucionales.	Identificar la necesidad de la formulación de planes institucionales según las normas vigentes y las necesidades de la empresa.			
2	Convocar al personal que debe hacer parte de la formulación y/o ejecución de los planes institucionales.	Responsables de la formulación y ejecución de planes institucionales, según competencias.	Convocar al personal que debe hacer parte de la formulación y/o ejecución de los planes, para definir cronogramas y metodologías de trabajo en la formulación de planes institucionales de acuerdo a requerimientos normativos y/o necesidades de la empresa. La citación puede ser personal o escrita.	Oficio, circular, huella de envío.		
3	Desarrollar jornada de trabajo para definir o presentar metodologías y/o cronogramas para la formulación de planes institucionales.	Responsables de la formulación y ejecución de planes institucionales, según competencias.	Desarrollar jornada de trabajo para definir o presentar metodologías, cronogramas, requerimientos normativos, necesidades de la empresa, fuentes de información según corresponda en la formulación de planes institucionales. Definir las responsabilidades y cronograma o fechas de entrega de resultados o información. Designar al líder en la formulación del plan institucional. Registrar asistencia y levantar acta cuando se requiera. Establecer fechas de análisis de información cuando se requiera.	Listado de asistencia, Acta.		
4	Solicitar asesoría y acompañamiento para la formulación de planes institucionales según corresponda. Referenciarse en entidades competentes. (No es aplicable para todos los planes institucionales, solamente cuando sea necesario).	Responsables de la formulación y ejecución de planes institucionales, según competencias.	Solicitar asesoría y acompañamiento para la formulación de planes institucionales cuando sea necesario. Referenciarse de entes competentes en el asunto o tema relacionado con el plan institucional bien sea a nivel territorial o del orden nacional, a través de comunicaciones o documentos que orienten sobre la formulación de los mismos.	Documentos de referencia, conceptos de asesoría, actas de acompañamiento.		
5	Analizar la información recolectada según responsabilidades, para la formulación de planes institucionales.	Responsables de la formulación de planes institucionales, según competencias, líder en la formulación del plan institucional.	Analizar la información, así como las referenciones o conceptos de asesoría obtenidos y requeridos en la formulación de planes institucionales. Elaborar las bases teóricas conceptuales para la formulación de los planes.	Conceptos, documentos de referencia, bases teóricas.		


6	Consolidar el plan institucional.	Líder en la formulación del plan institucional.	Consolidar el plan institucional con fundamento en las metas u objetivos que pretende alcanzar, actividades, recursos, tiempo, plazos, responsables, información recolectada, y según la metodología que requiera en plan en particular. Los planes institucionales deben establecer la metodología de seguimiento siempre que no esté establecido por norma. Una vez consolidado el plan, se debe remitir a todos los responsables directos de su formulación y ejecución, a fin de que sea analizado para ajustes.	Huellas de envío, oficios, circulares (Remisión para revisión del plan institucional).	
7	Revisar el plan institucional consolidado.	Responsables de la formulación y/o ejecución del plan institucional.	Revisar el plan institucional consolidado, para definir si la información es correcta, si se plantea según los objetivos previstos para el mismo. Enviar las observaciones al líder de la formulación con copias a los demás responsables de revisión.	Huellas de envío, oficios (Observaciones al plan institucional remitidas al líder de la formulación).	
8	Ajustar el plan institucional según observaciones, cuando sea necesario.	Líder en la formulación del plan institucional.	Ajustar los planes institucionales según las observaciones a que haya lugar. Las observaciones no pueden ser contrarias a los requerimientos normativos, a la misión de la empresa y del plan.		
9	Gestionar con los responsables del plan institucional la revisión definitiva.	Responsables de la formulación y/o ejecución del plan institucional.	Gestionar con los responsables del plan institucional la revisión definitiva y su validación. Esta actividad se refleja con las firmas de revisión en los planes institucionales.	Huellas de envío, oficios, plan institucional con firmas de revisión.	
10	Gestionar la aprobación el plan institucional.	Líder en la formulación del plan institucional, Responsables de la formulación y/o ejecución del plan institucional.	Presentar el documento del plan institucional para aprobación por parte de la Junta Directiva o Gerencia según el caso.	Acto administrativo de aprobación del plan institucional.	
11	Enviar el plan institucional a la Oficina de Calidad y Auditoría para conocimiento, archivo y/o control de documentos según corresponda.	Líder en la formulación del plan institucional.	Todos los planes institucionales deben remitirse en original y/o copia, indicando donde reposa el documento original, junto con el acto administrativo que lo aprobó, para que sea archivado desde la de Calidad y Auditoría y/o se adelanten las acciones de control de documentos. (No aplica cuando la formulación es en la Oficina de Calidad y Auditoría).	Remisión de copias magnéticas y/o físicas a Calidad y Auditoría.	
12	Socializar y/o difundir los planes a los actores y grupos de interés.	Líder en la formulación del plan institucional y responsables de su ejecución.	Socializar y/o difundir los planes a los actores y grupos de interés, en forma personalizada o grupal. Firmar listados de asistencia a socializaciones.	Listados de asistencia a socializaciones del plan institucional. Remisión de copias magnéticas a quien corresponda.	
13	Ejecutar los planes institucionales.	Responsables de ejecutar el plan institucional.	Ejecutar los planes institucionales de acuerdo a lo establecido por acciones, responsables y en las fechas establecidas.	Evidencias de ejecución en el área que corresponda.	
14	Realizar auditorías o seguimiento a planes institucionales.	Responsables de auditoría o seguimiento al plan institucional.	Realizar auditorías o seguimiento a planes institucionales, según lo establecido en el proceso de control y evaluación.	Informe de auditoría o seguimiento.	

15	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Auxiliares administrativos de oficina o contratistas encargados de formulación y/o ejecución del plan.	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.		
OBSERVACIONES	Existen planes institucionales en los cuales no siempre los responsables de la formulación son responsables por la ejecución.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Formulación y ejecución de proyectos.			PD-GE-02	1
OBJETIVO	Garantizar que los proyectos de inversión de la Empresa Social del Estado Vidasinú, se encuentren formulados y soportados documentalmente, que cuenten con las viabilidades o aprobaciones a que haya lugar para gestionar recursos y proceder a la ejecución de los mismos asegurando la satisfacción de las necesidades que dieron origen al proyecto.						
RESPONSABLE	Jefes de áreas tienen la necesidad de formular un proyecto, Ejecutores de proyectos.						
ENTRADAS	Identificación de una necesidad que se pretende satisfacer a través de la ejecución de un proyecto.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Proyectos formulados, proyectos ejecutados.						
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa, comunidad en general, entidades de vigilancia y control.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Identificar la necesidad o problema que puede cubrirse con la ejecución de un proyecto.	Jefes de áreas que identifican la necesidad de ejecutar un proyecto.	Identificar la necesidad que busca atenderse a través de la ejecución de un proyecto encaminado al fortalecimiento de la empresa y por ende de la prestación en los servicios de salud, cumpliendo con requisitos normativos. Se deben seleccionar las prioridades de la empresa para la definición inicial de posibles proyectos.				
2	Formular la idea de proyecto y definir si se encuentra dentro del Plan Gerencial o los Planes Institucionales.	Jefes de áreas que identifican la necesidad de ejecutar un proyecto, Responsables de la formulación.	Realizar la formulación inicial de la idea de proyecto, definir posibles grupos objetivo, análisis inicial de problemas, análisis de objetivos y alternativas para brindar solución a los problemas. El proyecto a proponer debe estar incluido en el Plan Gerencial o en los Planes Institucionales.	Borradores de la idea del proyecto (No es necesario conservar los borradores cuando ya existe un proyecto aprobado).			
3	Solicitar y gestionar la asesoría y acompañamiento para la formulación de proyectos según las metodologías correspondientes.	Responsables de la formulación del proyecto.	Solicitar y gestionar la asesoría y acompañamiento para la formulación de proyectos según las metodologías correspondientes. Las metodologías cambian según la normatividad que aplique al proyecto en concreto, a la entidad que regula el caso particular, si corresponden a proyectos de infraestructura, si son proyectos de inversión al interior de la empresa, si son proyectos a los cuales se gestionará cofinanciación. La asesoría en la formulación se debe gestionar ante la entidad que regula la materia, sin embargo, cuando se trata de proyectos de inversión institucionales que se ejecutan al interior de la empresa, la asesoría se puede solicitar a la Oficina relacionada con el proyecto que se desea realizar.	Oficios, guías, instructivos, metodologías para formulación de proyectos.			
4	Convocar a las áreas o dependencias participantes para recolección de información, cuando sea necesario.	Responsables de la formulación del proyecto, Personal asignado de áreas involucradas en la formulación y/o ejecución del proyecto.	Convocar a las áreas o dependencias participantes en la formulación y ejecución de los proyectos para realizar reuniones y jornadas de trabajo, para recolección, clasificación, interpretación, análisis de la información primaria y secundaria necesaria para la formulación del proyecto.	Información primaria y secundaria necesaria para la formulación del proyecto.			

5	Formular el proyecto acorde a la metodología establecida según el tipo de proyecto.	Responsables de la formulación del proyecto.	Formular el proyecto acorde a la metodología establecida según el tipo de proyecto. En la formulación se incluye: Identificación del problema, Justificación del proyecto, Objetivo, Población objetivo, duración total de ejecución del proyecto, responsables, resultados esperados, actividades, métodos de evaluación y seguimiento.	Proyecto formulado según metodología correspondiente.	
6	Presentar el proyecto a revisión para emisión de concepto de viabilidad requeridos y aprobación del proyecto.	Responsables de la formulación del proyecto.	Presentar el proyecto ante las dependencias y entidades competentes y gestionar los conceptos de viabilidad y aprobación a que haya lugar según el tipo de proyecto y la normatividad que sea aplicable. Cuando se requieran ajustes se deben realizar hasta obtener la viabilidad y aprobación.	Huellas de envío, oficios de remisión del proyecto. Viabilidad del proyecto.	
7	¿Los proyectos presentados a revisión para concepto de viabilidad requieren ajustes?	Dependencias y entidades competentes.	SI: Continuar en actividad No. 8 NO: Continuar en actividad No. 9	Proyecto formulado según metodología correspondiente.	
8	Realizar los ajustes requeridos por las dependencias y entidades competentes.	Responsables de la formulación del proyecto.	Realizar los ajustes requeridos por las dependencias y entidades competentes para los conceptos de viabilidad y aprobación a que haya lugar según el tipo de proyecto. Una vez ajustados se vuelve a presentar el proyecto para emisión de viabilidad en actividad No. 6.	Cronogramas de ejecución, planes de acción u operativos del proyecto.	
9	Ejecutar el proyecto aprobado y viabilizado.	Responsables de la ejecución del proyecto, puede ser personal interno o externo a la empresa.	Puesta en marcha del plan de ejecución y realización de operaciones con la movilización de recursos, contratos requeridos dentro del proyecto. El instrumento utilizado para diseñar la ejecución del proyecto es el Plan Operativo, Plan de Acción o cronogramas de ejecución que incluye un detalle de las actividades a ejecutar definiendo los plazos y responsables.	Cronogramas de ejecución, planes de acción u operativos del proyecto.	
10	Monitorear los avances en la ejecución del proyecto.	Responsables de la ejecución del proyecto, Supervisores, Interventores.	El monitoreo permite verificar el progreso y la condición de un proyecto y modificar su plan operativo, de acción o cronograma de ejecución. Se realiza mediante diferentes mecanismos o metodologías establecidas por cada uno de los ejecutores o supervisores, usualmente basados en los indicadores. El monitoreo puede realizarse a través de evaluaciones de mitad de período o de cierre cuando sean aplicables al tipo de proyecto.	Cronogramas de ejecución, planes de acción u operativos del proyecto. Informes de seguimiento o supervisión.	
11	Evaluar los resultados del proyecto.	Responsables de la ejecución del proyecto, Supervisores, Interventores.	Realizar la evaluación de resultados del proyecto a través del análisis de los efectos o impactos, la eficacia, eficiencia y pertinencia del proyecto, verificación de los logros, presentación de recomendaciones, de acciones correctivas y retroalimentación a otros proyectos. Las metodologías de evaluación se establecen según el objetivo del proyecto y el mejoramiento de las condiciones que generaron la necesidad o el problema.	Cronogramas de ejecución, planes de acción u operativos del proyecto. Informes de seguimiento o supervisión, informes finales de ejecución.	
12	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión.	Auxiliares administrativos o contratistas encargados	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión.	Auxiliares administrativos o contratistas encargados de las	
OBSERVACIONES		Los proyectos de inversión institucionales y los de infraestructura deben ser remitidos a la Subdirección Administrativa y Financiera para su archivo y custodia.			


ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Levantamiento o actualización de procesos y procedimientos del modelo de operación.			PD-GE-03	1
OBJETIVO	Revisar y mantener actualizados los procesos y procedimientos de la empresa que regulan su operación, optimizando el uso de los recursos humanos, materiales y tecnológicos, así como la aplicación de métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las actividades en aras de garantizar la calidad en los servicios ofrecidos a usuarios internos y externos.					
RESPONSABLE	Oficina de Calidad.					
ENTRADAS	Solicitudes de actualización, ajustes o levantamiento de procesos y procedimientos.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Procesos y procedimientos ajustados, aprobados, socializados y en operación.					
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recibir las solicitudes de actualización, ajustes o levantamiento de procesos o procedimientos.	Contratista Oficina de Calidad.	Recibir las solicitudes de actualización, ajustes o levantamiento de procesos o procedimientos.	Formato de solicitud para levantamiento, actualización o ajuste e procesos o procedimientos.		
2	Determinar si la solicitud cumple criterios técnicos para ajustar, actualizar o levantar procesos o procedimientos.	Contratista Oficina de Calidad.	Determinar si la solicitud cumple criterios técnicos para ajustar, actualizar o levantar procesos o procedimientos, según los lineamientos establecidos en el Modelo de Operación por Procesos.	Formato de solicitud para levantamiento, actualización o ajuste e procesos o procedimientos.		
3	¿Técnicamente es viable el levantamiento, actualización o ajuste de los procesos y procedimientos?	Contratista Oficina de Calidad.	NO: Continuar en actividad No. 4 SI: Continuar en actividad No. 5	Modelo de operación por procesos, solicitud.		
4	Conceptuar técnicamente la inviabilidad de la actualización, ajuste o levantamiento de procesos y procedimientos.	Contratista Oficina de Auditoria y Calidad.	Conceptuar técnicamente la inviabilidad de la actualización, ajuste o levantamiento de procesos y procedimientos, indicando las estrategias a emplear para atender la necesidad que fundamenta la solicitud. El concepto debe contar con el VoBo del auditor con la pertinencia para asesorar en el proceso. El concepto se envía a quien formuló la solicitud.	Concepto técnico de inviabilidad de la solicitud.		
5	Coordinar las jornadas de trabajo de levantamiento de información e informarlas a dueños de procesos.	Contratista Calidad, Solicitante, Dueños de procesos y procedimientos.	Coordinar mediante oficio, correo electrónico o vía telefónica las jornadas de trabajo de levantamiento de información con los solicitantes para que deleguen a los dueños de procesos o procedimientos. Delegar a los profesionales de la Oficina de calidad que adelantarán la jornada. Fijar el sitio, fecha y hora de la jornada.	Oficio, correo electrónico, notas internas.		
6	Levantar información para ajuste, actualización o levantamiento de procesos y procedimientos.	Contratista Calidad, Dueños de procesos y procedimientos.	En la jornada de levantamiento de información se debe definir el objetivo del proceso y/o procedimiento, determinar el alcance, revisar que el procedimiento no corresponde a actividades inmersas dentro de otro, ni que se genere duplicidad de actividades. Formular todos los campos que se requieren dentro de la caracterización de procesos o fichas de procedimientos. Indicar de manera lógica la secuencia como deben ser ejecutados las actividades, los responsables, los documentos generados y otros según las fichas. Establecer los puntos de	Concepto técnico de inviabilidad de la solicitud, Listados de asistencia a la jornada de levantamiento de información, ficha técnica de borrador firmada por los participantes.		

			control. En esta etapa también es posible determinar la inviabilidad técnica de ajustar o levantar el proceso y/o procedimiento.		
7	Definir los formatos o registros que requiere el procedimiento.	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, dueños de proceso y procedimientos.	Definir los formatos y/o registros que se generan o requieren por cada actividad, los cuales de no existir deben diseñarse.	Formatos y/o registros que requiere el proceso o procedimiento.	
8	Identificar los indicadores del proceso y/o procedimiento.	Contratista Calidad, Encargado del Manual de Indicadores, dueños de proceso y procedimientos.	Identificar los indicadores que pueden afectarse con la ejecución del proceso y/o procedimiento, los cuales deben ser parte del manual de indicadores la empresa y se debe crear su ficha técnica en caso de no existir.	Fichas técnicas de indicadores del proceso y/o procedimiento.	
9	Consolidar en las fichas técnicas la información obtenida.	Contratista Calidad.	Consolidar la información en las fichas técnicas según corresponda a procesos y/o procedimientos, incluyendo los nombres de formatos y/o registros y los nombres de indicadores.	Fichas técnicas de procesos o procedimientos consolidadas.	
10	Diagramar el procedimiento.	Contratista Calidad.	Una vez consolidada la información se procede a diagramar en flujo según la simbología de la ANSI.	Diagramas de flujo.	
11	Someter a revisión preliminar el proceso y/o procedimiento con soportes por parte los diseños de los procesos.	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores.	Presentar para revisión el proceso y/o procedimiento consolidado y el diagrama de flujo, los modelos de los formatos o registros y las fichas técnicas de indicadores (cuando haya lugar a ellos).	Huellas de envío, oficios.	
12	Revisar los procesos y procedimientos formulados, con los documentos que lo soportan.	Dueños de Proceso.	Revisar los procesos y procedimientos formulados, con los documentos que lo soportan. Remitir las observaciones a que haya lugar a la Oficina de Calidad a través de oficio o correo electrónico.	Oficio, Fichas técnicas de procesos o procedimientos consolidadas, Diagramas de flujo, modelo de formatos y/o registros, ficha técnica de indicadores.	
13	¿Los procesos y procedimientos revisados o sus anexos deben someterse a ajustes?	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad.	SI: Continuar en actividad No. 17 NO: Continuar en actividad No. 18		
14	Realizar ajustes según observaciones de revisión inicial de los dueños de procesos y procedimientos.	Contratista encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad	Realizar ajustes según observaciones de revisión de los dueños de procesos y procedimientos, con VoBo del Jefe de la Oficina de Calidad.	Fichas técnicas de procesos o procedimientos consolidadas, Diagramas de flujo, modelo de formatos y/o registros, ficha técnica de	
15	Remitir a los dueños para validación el proceso y/o procedimiento.	Contratista Calidad, Encargado de	Remitir el proceso y/o procedimiento con sus anexos (debidamente ajustados cuando se requiera) para validación	Oficio, Fichas técnicas de procesos o	


		estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad.	por parte de los ejecutores o dueños.	procedimientos consolidadas, Diagramas de flujo, modelo de formatos y/o registros, ficha técnica de indicadores.	
16	Realizar la validación del proceso y/o procedimiento.	Dueños de Proceso.	Consiste en poner en práctica o a prueba un proceso y los procedimientos que correspondan, a fin de determinar que la secuencia de actividades es correcta, que los responsables corresponden a cada actividad, que se incluyen los documentos, formatos o registros empleados o generados, que el enfoque es basado en los Usuarios, que la normatividad aplicable está incluida, que generan fuente de información para los indicadores previstos, etc. Una vez culminada la validación se debe oficiar para posibles ajustes, inclusiones o mejoras en la formulación del proceso y sus procedimientos.	Oficio, Fichas técnicas de procesos o procedimientos consolidadas, Diagramas de flujo, modelo de formatos y/o registros, ficha técnica de indicadores, todos validados.	
17	¿Los procesos y procedimientos validados o sus anexos deben someterse a ajustes?	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad.	SI: Continuar en actividad No. 21 NO: Continuar en actividad No. 22		
18	Realizar ajustes según observaciones de validación de los dueños de procesos y procedimientos.	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad.	Realizar ajustes según observaciones de validación de los dueños de procesos y procedimientos, con VoBo de la oficina de Calidad.	Oficio, Fichas técnicas de procesos o procedimientos consolidadas, Diagramas de flujo, modelo de formatos y/o registros, ficha técnica de indicadores, ajustados.	
19	Gestionar las firmas de elaboración y revisión de los procesos y/o procedimientos con sus anexos según corresponda.	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad.	Gestionar las firmas de elaboración y revisión de los procesos y/o procedimientos con sus anexos según corresponda.	Oficio (No en todos los casos), Fichas técnicas de procesos o procedimientos consolidadas, Diagramas de flujo, modelo de formatos y/o registros, ficha técnica de indicadores, todos firmados en elaboró y revisó.	
20	Gestionar la aprobación mediante acto administrativo del nuevo proceso y/o procedimiento, sus ajustes y/o actualizaciones, así como de los formatos o registros e indicadores.	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores, Oficina de Calidad.	Gestionar la aprobación mediante acto administrativo del nuevo proceso y/o procedimiento, sus ajustes y/o actualizaciones, así como de los formatos o registros e indicadores. Gestionar firmas de aprobación por Gerencia en las fichas que correspondan.	Acto administrativo de aprobación. Fichas técnicas con firmas de aprobación.	
21	Actualizar los manuales correspondientes.	Funcionario encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores.	Actualizar los manuales correspondientes incluyendo el nuevo acto administrativo y con el registro de la hoja de control de cambios en todos los documentos que se vean afectados.	Manuales y documentos afectados actualizados y con hoja de control de cambios actualizada.	
22	Difundir y socializar los cambios realizados a los Manuales de Procesos y Procedimientos a las áreas involucradas.	Contratistas de la Oficina de Calidad, Responsables o	Difundir y socializar los cambios realizados a los Manuales de Procesos y Procedimientos a las áreas involucradas. La difusión puede ser a través de circular, correo electrónico,	Oficio, circular, correo electrónico, listados de instalación en PC, listados	

		dueños de procesos.	publicación en carteleras, oficio, instalación en PC. La socialización puede ser personalizada o grupal. Archivar los soportes de difusión y/o socialización.	de asistencia.	
23	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Contratista Calidad, Encargado de estandarización documental, Encargado del Manual de Indicadores.	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Documentación generada en el procedimiento.	
OBSERVACIONES	Para la ejecución del procedimiento se debe aplicar el Modelo de Operación por Procesos aprobado y vigente en la Empresa. La identificación de la necesidad de ajustar un proceso y/o procedimiento puede ser desde la Oficina de Calidad.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Revisión por la Dirección.			PD-GE-04	1
OBJETIVO	Establecer los lineamientos para realizar las revisiones por la dirección, con el objeto de asegurar que el mejoramiento continuo tenga la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad para cumplir las políticas y objetivos trazados por la Empresa Social del Estado Vidasinú.						
RESPONSABLE	Gerente, Representante de Gerencia ante el SGC.						
ENTRADAS	Plataforma estratégica. Informe de las auditorías realizadas. Informe de los resultados obtenidos en el buzón de PQR y buzón de sugerencias (cliente externo e interno respectivamente). Resultados de la medición de los indicadores de calidad, productividad y procesos. Informe de no conformidades en la prestación de los servicios. Informe de planes de mejoramiento levantados y la evaluación y control del cumplimiento o estado de las acciones tomadas (preventivas, correctivas y/o de mejora) y su efectividad. Seguimiento a los resultados de revisiones gerenciales anteriores. Seguimiento a la ejecución de planes, programas y proyectos. Informe de la identificación de cambios que afectan potencialmente el sistema de gestión de calidad y los modelos de operación de la empresa. Matrices de administración del riesgo (identificación del riesgo, análisis del riesgo y mapa de riesgos) debidamente actualizadas.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Actas de revisión gerencial incluyendo la toma de decisiones y acciones relacionadas con el mejoramiento de la efectividad del sistema, mejora de servicios y oportunidad de los recursos.						
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Programar la entrega de la información de entrada para la Revisión Gerencial.	Gerente, Jefes de oficinas del nivel directivo y asesor según corresponda.	Programar la entrega de la información de entrada para la Revisión por la Dirección con los responsables de la misma. La programación debe informarse como mínimo a los niveles directivo y asesor.	Cronograma, programación.			
2	Solicitar los informes necesarios para llevar a cabo la revisión, según corresponda.	Gerente, Jefes de oficinas del nivel directivo y asesor según corresponda.	Solicitar la información pertinente para ejecutar la revisión. La información debe corresponder al periodo entre la última revisión por la dirección, hasta la fecha según el tema a revisar.	Circular u oficio de solicitud de información para la revisión.			
3	Consolidar y entregar la información solicitada a la Oficina de Calidad.	Subgerentes, Jefes de Áreas, Oficina de Calidad, Grupo Auditor, responsables de los procesos.	Consolidar y entregar la información solicitada a la Oficina de Calidad.	Información de entrada para revisión.			
4	Determinar si la información es suficiente, clara y completa para la Revisión Gerencial.	Oficina de Calidad, Representante de Gerencia ante el SGC.	Determinar si la información es suficiente, clara y completa para la Revisión Gerencial.	Información de entrada para revisión.			
5	Se debe requerir información adicional para la revisión gerencial.	Gerente, Secretario Comité de Calidad.	SI: Continuar desde la actividad No. 2 NO: Continuar a la actividad No. 6	Circular u oficio de citación.			
6	Programar la reunión de Revisión Gerencial.	Gerente, Secretario Comité de Calidad.	Programar la reunión de Revisión por la Dirección y citar al Comité Directivo y demás participantes, cuando el caso lo requiera.	Circular u oficio de citación.			
7	Preparar y presentar la Información de entrada para la revisión.	Subdirectores, Jefes de Áreas, Oficina de Calidad, Grupo Auditor, responsables de los procesos.	Preparar y presentar la Información de entrada para la revisión con los responsables de la misma, la cual debe contener las recomendaciones y oportunidades de mejora.	Información de entrada para revisión.			

8	Desarrollar la reunión de Revisión Gerencial.	Subgerentes, Jefes de Áreas, Representante de la gerencia ante el SGC, Oficina de Calidad, Grupo Auditor, responsables de los procesos.	Desarrollar la reunión de Revisión por la Dirección, analizando el estado actual de los temas en estudio con fundamento en la información de entrada presentada.	Información de entrada para revisión.	
9	Formulación de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora, en la reunión de revisión gerencial. Cuando sea necesario.	Subgerentes, Jefes de Áreas, Representante de la gerencia ante el SGC, Oficina de Calidad, Grupo Auditor, responsables de los procesos.	Formular las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora relacionadas con el mejoramiento de la efectividad del Sistema de Gestión y sus Procesos, Mejora del Servicio y Oportunidad de los Recursos. Definir y formular las acciones correctivas, preventivas o de mejora que se requiera como resultado del análisis de la información durante la reunión. Cuando se requiera se debe solicitar a la Gerencia los recursos que sean necesarios para la ejecución de dichas acciones. (Capacitación, equipos, maquinaria, asistencia técnica, personal, etc.)	Planes de mejoramiento (cuando sea necesario).	
10	Elaborar y aprobar el Acta de Revisión Gerencial.	Gerente, Representante de la Gerencia ante el SGC.	Elaborar y aprobar el Acta de Revisión por la Dirección.	Acta de Revisión por la Dirección.	
11	Verificar y realizar seguimiento a las acciones propuestas, en la Revisión Gerencial.	Subgerentes, Jefes de Áreas, Representante de la gerencia ante el SGC, Oficina de Calidad, Grupo Auditor, responsables de los procesos.	Verificar y realizar seguimiento a las acciones propuestas, en la Revisión por la Dirección.	Planes de mejoramiento.	
12	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión.	Auxiliares administrativos de las áreas involucradas.	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión.		


OBSERVACIONES		
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GE	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Control de documentos.			PD-GE-05	1
OBJETIVO	Ejecutar el control de los documentos internos generados en la Empresa Social del Estado Vidasinú, garantizando su adecuación, revisión, aprobación, actualización, legibilidad, identificación y prevención del uso de obsoletos.					
RESPONSABLE	Oficina de Calidad, Subdirector Científico, Subdirector Administrativo y Financiera, Responsable de Gestión Documental, Jefes de Oficinas, Líderes de Grupo, Jefes de dependencias, Dueños de procesos.					
ENTRADAS	Necesidades de manejo, creación, modificación, y/o actualización de documentos, formatos o registros generados o utilizados en la Empresa Social del Estado Vidasinú.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la Empresa.					
SALIDAS	Documentos, formatos o registros creados, modificados, actualizados, anulados y/o copias controladas y no controladas de los mismos.					
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificar la necesidad y solicitar la elaboración del documento.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos.	Identificar la necesidad de creación o modificación de los documentos. Designar la formulación del documento según competencias.	Modelo de documento. (Cuando es formato se incluye el instructivo de diligenciamiento).		
2	Formular el documento según las directrices de estandarización documental y el tema concreto o específico.	Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Formular el documento según las directrices de estandarización documental y el tema concreto o específico por áreas o normas que sean aplicables. Una vez formulado se presenta al jefe del área, oficina o dependencia para revisión.	Documento formulado para someter a revisión. Huellas de envío, oficios, medios magnéticos.		
3	Revisar y validar el contenido del documento formulado.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos.	Revisar el contenido del documento formulado para garantizar la consistencia y validez del mismo. Solicitar los ajustes al contenido cuando sea necesario.	Documento revisado. Huellas de envío, oficios, notas internas, medios magnéticos.		
4	Solicitar a la Oficina de Calidad la revisión en lo relacionado con la estandarización documental y control de documentos.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos.	Solicitar a la Oficina de Calidad la revisión en lo relacionado con la estandarización documental y control de documentos, enviando en medio magnético el documento formulado. Se debe remitir el documento que ya ha sido revisado por el jefe de área, oficina o dependencias que lo formula.	Documento formulado en medio magnético, Huellas de envío, oficios, notas internas.		
5	Revisar el cumplimiento de las directrices de estandarización documental.	Oficina de Calidad, Contratistas encargados.	Revisar el cumplimiento de las directrices de estandarización documental, y realizar las observaciones necesarias cuando los documentos no estén ajustados. Las observaciones se devuelven en el medio magnético del documento formulado.	Documento con observaciones en medio magnético, Huellas de envío, oficios, notas internas.		
6	Realizar los ajustes a los documentos y presentar nuevamente a revisión por responsables del proceso o solicitantes.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos, Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Realizar los ajustes a los documentos y presentar nuevamente a revisión por responsables del proceso o solicitantes, en consideración a las observaciones recibidas de la Oficina de Calidad.			

7	Gestionar la revisión y codificación del documento, antes de someter a revisión y aprobación.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos.	Gestionar ante la Oficina de Calidad la revisión (aplica cuando existen observaciones) y codificación del documento formulado, antes de someter a firmas de revisión y aprobación.	Documento en medio magnético, Huellas de envío, oficios, notas internas.	
8	Revisar y codificar el documento según las instrucciones de estandarización documental.	Oficina de Calidad, Contratistas encargados.	Revisar y codificar el documento según las instrucciones de estandarización documental, y enviar a los responsables de la formulación el documento en medio magnético con el código asignado.	Documento codificado en medio magnético, Huellas de envío, oficios, notas internas.	
9	Gestionar las firmas del documento formulado, estandarizado y codificado.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos. Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Gestionar las firmas del documento formulado, estandarizado y codificado, las cuales corresponden a quienes elaboran el documento, quienes son responsables por la revisión y validación, y finalmente por quien lo aprueba.	Documento nuevo, modificado y/o ajustado firmado por todos los responsables.	
10	Gestionar la aprobación del documento mediante acto administrativo cuando aplique.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos. Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Gestionar la aprobación del documento mediante acto administrativo cuando aplique. (La aprobación de formatos se adelanta desde la Oficina de Calidad consolidando varias solicitudes).	Acto administrativo de aprobación de documentos.	
11	Remitir el documento ajustado o modificado aprobado junto con el acto administrativo de aprobación a la Oficina de Calidad.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos. Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Remitir el documento ajustado o modificado aprobado junto con el acto administrativo de aprobación a la Oficina de Calidad, con el fin de que sea incluido en los listados maestros y se incluya dentro de los controles documentales de la empresa.	Documento aprobado y copia del acto administrativo de aprobación, huella de envío, oficio.	
12	Remitir el documento ajustado o modificado aprobado para su distribución, socialización y utilización en sitios de trabajo.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos. Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Remitir mediante oficio o correo electrónico institucional el documento ajustado o modificado aprobado para su distribución, socialización y utilización en sitios de trabajo. Informar a todo el personal involucrado sobre la existencia y los motivos del nuevo documento.	Documento aprobado y copia del acto administrativo de aprobación, huella de envío, oficio.	
13	Identificar los documentos como obsoletos para archivar.	Dueños de procesos, Jefe de áreas, grupos, oficinas o dependencias que generan los documentos. Responsable de la formulación Según delegación por competencia.	Identificar los documentos como obsoletos para archivar el original y enviar una copia en PDF con firmas a la Oficina de Calidad, para conservar el control de documentos.	Documentos Obsoletos. Archivo PDF enviado a la Oficina de Calidad.	

14	Actualizar el registro de control de documentos anulados obsoletos.	Oficina de Calidad, Contratistas encargados.	Actualizar el registro de control de documentos anulados obsoletos.	Registro de control de documentos anulados obsoletos o control de versiones.	
15	Archivar la documentación generada según procedimiento de archivo de gestión.	Oficina de Calidad, Contratistas encargados.	Archivar la documentación generada según procedimiento de archivo de gestión.	Documentación del procedimiento.	
OBSERVACIONES	<p>Cuando se trata de formatos se debe enviar una copia a la Unidad de Correspondencia para que las reproducciones en copias se hagan sobre los documentos aprobados.</p> <p>La socialización de los nuevos documentos aprobados, documentos modificados y/o actualizados y los documentos anulados, será a cargo de los responsables de los procesos, quienes deben garantizar medios de difusión de fácil acceso.</p> <p>Si el documento es de origen externo, comunicarlo a la dependencia encargada de actualizar el Nomograma de la Empresa.</p> <p>Cuando se trate de la formulación de manuales, guías o protocolos específicos, de tecnología o del área misional, estos deben elaborarse en las áreas correspondientes por los profesionales competentes, con la metodológica de estandarización documental vigente en la empresa.</p> <p><i>El control de documentos es responsabilidad de quienes generan los documentos y el registro de control de documentos será efectivo en la Oficina de Calidad, siempre que las áreas, oficinas o dependencias remitan la información y documentación requerida.</i></p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

3.1.2. PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1
	MACROPROCESO DE DIRECCIÓN - CÓDIGO: MP - DE PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA - CÓDIGO: PR - CM	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Promover el mejoramiento continuo en la E.S.E. Vidasinú, a través del análisis de información, hallazgos y no conformidades, mediante el establecimiento de acciones de mejora aplicables a los procesos, servicios, áreas y dependencias de la entidad para garantizar su eficacia y efectividad.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Reporte o detección de no conformidades, reporte de ocurrencia o inminencia de incidentes, eventos adversos y posibilidades de mejora derivados de los procesos, servicios, áreas y dependencias de la entidad.
	TERMINA: Definición y establecimiento de acciones y controles para mejorar los procesos, funcionamiento y/o los servicios.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS	Identificación de servicios o productos no conformes, Informes o documentos que da a conocer la existencia de productos no conformes. Inminencia u Ocurrencia de eventos adversos.	 <p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.</p> <p>¿Qué se hará?, ¿Por qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuánto?.</p> <p>Ejecución de lo planeado, Recolección de datos necesarios, Documentación de todo lo realizado y lo que no se pudo hacer.</p>	Documento que defina las acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas frente a los productos no conformes. Planes de mejoramiento. Informes de Eventos Adversos.	USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS


PLANEAR	HACER
Revisar y analizar cuidadosamente los reportes de productos no conformes o cualquier documento que dé a conocer la inminencia u ocurrencia de eventos adversos, el reporte de detección de oportunidades.	Gestionar los eventos adversos priorizados en la institución.
Establecer políticas de calidad y seguridad del paciente para reducir riesgos y eventos adversos.	Determinar las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento frente a los productos no conformes reportados.
Determinar métodos para solución de productos no conformes, hallazgos clasificados como no conformidades presentadas o potenciales.	Determinar las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento frente a los productos no conformes reportados.
Prever el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Elaboración y presentación de planes de mejoramiento frente a los hallazgos o reportes de no conformidades.
Entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continua.	
VERIFICAR	ACTUAR
Revisión y seguimiento de los planes de mejoramiento presentados.	Toma de decisiones frente a los incumplimientos de los compromisos establecidos.
Aprobación de los planes de mejoramiento presentados.	Fortalecer la Cultura de mejora continua.
Resultados de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	Generación de políticas o estrategias que permitan garantizar el mantenimiento duradero de los logros alcanzados de forma integral.

PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-CM-01	Manejo de los incidentes y producto no conforme	1.0	
PD-CM-02	Gestión de eventos adversos	1.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Cumplimiento y eficacia de las acciones de mejora, correctivas o preventivas frente a las no conformidades presentadas. Resultados del seguimiento al tratamiento de no conformidades y eventos adversos.</p> <p>Cumplimiento y eficacia de los controles tomados sobre los riesgos derivados de los procesos.</p> <p>Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de las TIC, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Ambiental.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo;</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades;</p> <p>FINANCIEROS: Presupuesto anual;</p> <p>TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.</p>	<p>Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Manual de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.</p>
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Ley 87 de 1993, Acuerdo 029 de 2011 CRES, Ley 872 de 2003 Sistema de Gestión de Calidad, Resolución 412 del 2000, Ley 715 de 2001, Decreto 2200 de 2005, Decreto 1011 de 2006 SOGCS, Resolución 1441 de 2013 y reglamentarios, Decreto 2330 de 2006, Resolución 473 de 2008, Acuerdo 415 de 2009 CNSSS, Acuerdo 030 de 2012 CRES, Ley 1438 de 2011, NTCGP1000:2009, MECI 1000:2005</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS</p> <p>4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS</p> <p>5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCION</p> <p>5.3. POLITICA DE CALIDAD</p> <p>5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA</p> <p>5.6. REVISION POR LA DIRECCION</p> <p>6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS</p> <p>7.2.3. COMUNICACION CON EL CLIENTE</p> <p>8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</p> <p>8.1. GENERALIDADES</p> <p>8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICION</p> <p>8.2.1. SATISFACCION DEL CLIENTE</p> <p>8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICION DE PROCESOS</p> <p>8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO</p> <p>8.3. CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME</p> <p>8.4. ANALISIS DE DATOS</p> <p>8.5. MEJORA.</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	

INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
I.3.3	Proporción de vigilancia de eventos adversos	
I.ME.01	Eficiencia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Subdirector Científico; Grupo Calidad, Coordinadores de Área; Dueños de Proceso, Jefe de Control Interno.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CM	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Acción correctiva.	Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.					
Acción preventiva.	Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable					
Adecuación.	Suficiencia de las acciones para cumplir los requisitos					
Alta dirección.	Persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad					
Atención de salud.	Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.					
Calidad de la atención de salud.	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.					
Calidad - Accesibilidad.	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					
Calidad- Oportunidad.	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.					
Calidad- Seguridad.	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.					
Calidad- Pertinencia.	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.					
Calidad- Continuidad.	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico					
Condiciones de capacidad tecnológica y científica.	Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud					
Conformidad.	Cumplimiento de un requisito					
Control de la calidad.	Parte de la gestión de la calidad orientada a la verificación y al cumplimiento de los requisitos de la calidad					
Conveniencia.	Grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales					
Corrección.	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada					
Documento.	Información y su medio de soporte					
Efectividad.	Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles					
Eficacia.	Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados					
Eficiencia.	Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados					
Enfoque basado en Procesos.	Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado					
Evento Adverso	evento adverso se califica a las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente, como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de éste, más que como consecuencia de la enfermedad de base					
Gestión.	Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad					
Gestión documental.	Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación					
Incidente.	Condición u objeto que potencialmente puede causar lesión al personal, daños a equipos o estructuras, pérdida material, o reducción de la habilidad de desempeñar una actividad determinada.					

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CM	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	VERSIÓN	1
	DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO					
Infraestructura.	Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad					
Mejora continua.	Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño					
No conformidad.	Incumplimiento de un requisito					
Objetivo de la calidad.	Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.					
Parte interesada.	Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad					
Prestadores de Servicios de Salud.	Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.					
Procedimiento.	Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso					
Proceso.	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados					
Producto y/o servicio.	Resultado de un proceso o un conjunto de procesos					
Producto no Conforme.	Resultado de un o varios procesos que presentan Incumplimiento de un requisito.					
Proveedor.	Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio					
Registro.	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas					
Requisito.	Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria					
Responsabilidad.	Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho					
Revisión.	Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos					
Riesgo.	Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos					
Satisfacción del cliente.	Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos					
Sistema.	Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito					
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país					
Validación.	Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista					
Verificación.	Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados					

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - CM	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo de Los Incidentes y del producto no conforme			PD-CM-01	1
OBJETIVO	Definir acciones o actividades requeridas para analizar y tomar decisiones para eliminar las causas de los incidentes y las no conformidades detectadas y reportadas, o potenciales, dentro de E.S.E. Vidasinú, con el fin de intervenirlas eficazmente y prevenir que estas situaciones se presenten de nuevo en el futuro. Así mismo, para aprovechar las oportunidades de mejora de los procesos, productos o servicios de la empresa.						
RESPONSABLE	Funcionarios del nivel directivo o Asesor, jefes de áreas o responsables de procesos en los que se defina la necesidad de implementar una acción de mejora.						
ENTRADAS	Reportes de no conformidades que ameriten implementar una acción de mejoramiento.						
PROVEEDORES	Usuarios, todos los procesos de la empresa, entidades de vigilancia y control y demás partes interesadas						
SALIDAS	Documento que defina las acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas frente a los productos no conformes.						
CLIENTE	Usuarios, todos los procesos de la empresa, entidades de vigilancia y control y demás partes interesadas						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Leer los reportes de incidentes y no conformidades y clasificar el tipo de incidente y no conformidad (real o potencial) que se presenta a fin de determinar el tipo de acción que se debe ejecutar	Funcionarios del nivel directivo o Asesor que reciban reportes de incidentes y/o no conformidades.	Una vez recibidos los documentos que reportan o dan a conocer posibles incidentes y/o no conformidades en la prestación de los servicios o en la ejecución de los procesos, los documentos se deberán leer minuciosamente y de forma completa. Se debe determinar si el incidente o la no conformidad se presenta como un evento que esta efectivamente sucediendo y afectando a la entidad o si aún no ha ocurrido, pero representa un riesgo importante para el funcionamiento de la empresa, la prestación de los servicios o la ejecución de los procesos.				
2	Identificar la fuente de los incidentes y/o la no conformidad o causa raizal.	Funcionarios del nivel directivo o Asesor que reciban reportes de no conformidades.	Analizar la información existente a fin de determinar las causas fundamentales de los incidentes y/o no conformidad, y cuáles son los factores que más impactan e influyen en el resultado.				
3	Definir si los incidentes y/o las no conformidades ameritan la solicitud de un plan de mejoramiento o requieren otro tipo de manejo administrativo, sancionatorio, disciplinario o de otra índole.	Funcionarios del nivel directivo o Asesor que reciban reportes de los incidentes y/o no conformidades	¿Los incidentes y/o las no conformidades ameritan la formulación de un plan de mejoramiento? NO: Continuar el procedimiento en la actividad No. 4 SI: Continuar el procedimiento en la actividad No. 5				
4	Adelantar los trámites legales para manejar la situación que generó los incidentes y/o la no conformidad.	Según corresponda a los trámites legales	Si los incidentes y/o la no conformidad tienen implicaciones legales, fiscales, administrativas o disciplinarias, si las consecuencias negativas que ha generado a la empresa en cualquiera de sus componentes, áreas o procesos son muy significativas o si los hechos se pueden configurar como en hecho delictivo, se deberán tomar otro tipo de decisiones para manejar estos hechos o situaciones.				
5	Solicitar la formulación de un plan de mejoramiento.	Funcionarios del nivel directivo o Asesor que reciban reportes de los incidentes y/o no conformidades.	Una vez definida la pertinencia de formulación de un plan de mejoramiento se debe solicitar su realización a los responsables de los procesos, áreas o dependencias e involucradas en la definición de acciones de mejora.	Oficio o nota interna en la que se solicite la formulación y entrega de plan de mejoramiento frente a las no conformidades reportadas.			
6	Formular un plan de mejoramiento para eliminar las causas de los incidentes y/o la no conformidad	Jefes de áreas o responsables de procesos que detecte la necesidad de	La formulación del Plan de mejoramiento debe incluir: 1. Registro de las actividades a realizar, con el fin de eliminar la causa raiz del problema bien sea real o potencial. Las acciones correctivas o preventivas que se tomen o	Formato de Plan de mejoramiento debidamente diligenciado con firmas de los responsables.			

		realizar un plan de mejoramiento frente a los incidentes y/o las no conformidades reportadas.	implementen deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas o potenciales. 2. Especificar las áreas involucradas en la ejecución de las acciones. 3. Identificar quienes son los responsables de la ejecución de la acción de mejora. 4. Definir el plazo en el cual se ejecutará la acción fijando fechas iniciales y fechas finales en las cuales se debería evidenciar el resultado de la acción implementada. 5. Establecer la meta que se alcanzará con la ejecución de la acción, la cual debe ser coherente con la no conformidad identificada. 6. Definir el indicador o la forma de medir el cumplimiento o efectividad de la acción implementada. Cuando exista más de un área involucrada en el Plan de Mejoramiento, este debe formularse en equipo, con participación de quienes deben asumir responsabilidades.		
7	Revisión del plan de mejoramiento	Funcionarios del nivel directivo o Asesor, jefes de áreas o responsables de procesos que solicitaron la realización de planes de mejoramiento.	Una vez realizado y remitido el plan de mejoramiento se debe realizar una revisión del mismo para verificar que se hayan planteado acciones a todos los incidentes y/o las no conformidades reportadas, que las acciones de mejora den soluciones a las causas raíz de ellos, que los plazos planteados para realizarse sean razonables, las metas y los indicadores sean consistentes y que cuenten con la firma de los responsables de la ejecución de las acciones de mejora registradas.	Oficio o nota interna en la que se avale el plan de mejoramiento o en el que se soliciten adecuaciones al documento para su aprobación definitiva.	
8	Socializar el plan de mejoramiento a las áreas involucradas y responsables de ejecutar las acciones.	Jefes de áreas o responsables de procesos en los que se definieron acciones de mejora dentro del plan de mejoramiento.	Socializar o dar a conocer el plan de mejoramiento a las áreas involucradas y responsables de ejecutar las acciones, con el fin de que el equipo de trabajo conozca la responsabilidad que debe asumir en la ejecución de las acciones. Soportar con acta o listado de asistencia.	Actas de reuniones de socialización de los planes de mejoramiento y sus respectivos registros de asistencia.	
9	Ejecutar el Plan de Mejoramiento	Jefes de áreas o responsables de la ejecución de las acciones de mejora registradas en el Plan de mejoramiento.	Los responsables de los procesos, áreas o dependencias involucradas en la ejecución del Plan de Mejoramiento, deben ejecutar las Acciones Correctivas o Preventivas conforme a lo registrado en dicho documento.		
10	Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	Equipos de auditores a quien se haya definido la responsabilidad de efectuar el seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	Realizar el seguimiento a la implementación de las acciones definidas en el Plan de Mejoramiento. Verificar la eficiencia de su implementación, comparando los resultados obtenidos con los resultados esperados diligenciando el formato de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.	Informe de auditoría o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	


11	Realización y presentación de informe de auditoría o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	Equipos de auditores a quien se haya definido la responsabilidad de efectuar el seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	Realizar el informe de auditoría el cual debe ser impreso y contar con las firmas de todos los auditores y del Jefe o líder del grupo de auditoría o seguimiento. Remitir mediante oficio El informe definitivo de auditoría al Gerente y/o a los directivos que deban conocer de los resultados del seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	Oficio de entrega del Informe de auditoría o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.	
12	Revisión del informe de auditoría o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento, para determinar si la acción definida fue cumplida a cabalidad y si fue efectiva para eliminar la causa que generó los incidentes y/o la no conformidad	Funcionarios del nivel directivo o Asesor que reciban informes de auditoría o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento	Si la acción de mejora se efectuó y eliminó la causa raizal de los incidentes y/o la no conformidad se procede a efectuar cierre de la no conformidad realizando el respectivo registro en el informe de auditoría o mediante nota interna. Si la acción de mejora NO se efectuó o NO eliminó la causa Raizal de la no conformidad se procede a determinar las medidas pertinentes para cada caso que pueden incluir la reformulación del plan de mejoramiento o medias sancionatorias o administrativas.	Informe de auditoría o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento revisado. Oficio o nota interna que establezca la reformulación del plan de mejoramiento o medidas sancionatorias o administrativas.	
13	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión	Jefe de archivo	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión		
OBSERVACIONES		<ol style="list-style-type: none"> Las actividades 1, 2, 3, 8 y 12, no generan documentos soportes que permitan la verificación del cumplimiento de la actividad. Su ejecución está a cargo de la alta gerencia la cual cuenta con el perfil, idoneidad y competencia para realizar tales actividades con los criterios pertinentes y de la forma adecuada. El reporte de los incidentes y/o un producto no conforme no requiere de forma obligatoria o en todos los casos, de formulación de un plan de mejoramiento. La solicitud del mencionado plan está a criterio de los funcionarios del nivel directivo y asesor que cuentan con la competencia para tal fin. Si en la revisión efectuada al plan de mejoramiento se determina que este debe ser objeto de correcciones de cualquier índole, este será reintegrado a quien lo formuló y presentó, tantas veces como fuese necesario hasta que el responsable de la revisión apruebe dicho documento de forma integral. Independientemente de la solicitud de un plan de mejoramiento, la alta gerencia puede determinar la apertura de procesos disciplinarios, sancionatorios, reporte a entes externos de investigación, vigilancia y control, o cualquier otra medida que se considere pertinente. La asesoría para la formulación de los planes de mejoramiento estará en cabeza de la Oficina de Control Interno y Calidad, aunque puede realizarse por los funcionarios y contratistas que tengan amplio conocimiento del tema y la experiencia en la formulación de este tipo de planes. 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - DE	DE DIRECCIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CM	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Gestión de Eventos Adversos			PD-CM-02	1
OBJETIVO	Constatar la ocurrencia y desencadenar la investigación oportuna del evento adverso inminente para evitar la materialización y corregir los efectos del mismo, atenuar su impacto y reducir la posibilidad de recurrencia dentro de la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Oficina de Calidad.					
ENTRADAS	Todos los servicios de la E.S.E. Vidasinú.					
PROVEEDORES	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo					
SALIDAS	Formatos de Reporte de Eventos Adversos, planes de mejoramiento					
CLIENTE	Toda la organización- usuarios y acompañantes.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Obtener la información de eventos adversos	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo	Obtener la información preliminar sobre la ocurrencia del evento adverso, de acuerdo con los datos solicitados en el Formato de reporte de eventos adversos.	Formato reporte de eventos adversos, historia clínica.		
2	Diligenciar completamente el Formato de reporte de eventos adversos	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo	Diligenciar completamente el Formato de reporte de eventos adversos	Formato reporte de eventos adversos, historia clínica		
3	Verificación del formulario	Auditor de Calidad.	Verificar que el formato quede completamente diligenciado y con datos confiables.	Formato reporte de eventos adversos, historia clínica		
4	Constatar la ocurrencia del evento adverso	Auditor de Calidad.	Constatar la ocurrencia del evento adverso, y enviar informe completamente diligenciado a la Coordinación de Calidad para su clasificación.	Formato reporte de eventos adversos.		
5	Investigar la naturaleza del evento adverso	Auditor de Calidad.	Si el evento adverso notificado es de su pertinencia inicie inmediatamente la investigación del hecho de acuerdo con el procedimiento. En caso contrario envíe inmediatamente el Formato de reporte de eventos adversos según el caso para su conocimiento y para que se asigne al responsable de la investigación del evento.	Formato de análisis e investigación de evento adverso, formato de clasificación de eventos adversos		
6	consignar hallazgo en el informe	Auditor de Calidad	Si la situación encontrada es normal y no se corrobora la ocurrencia del posible evento adverso, igualmente debe consignar este hallazgo en el informe correspondiente.	Acta de informe		
7	Identificación de causas	Auditor de Calidad	En caso de corroborar la inminencia u ocurrencia del evento adverso identifique sus causas y determine el posible impacto, para obtener las evidencias necesarias	Acta de informa		
8	Elaboración del Informe de Investigación	Auditor de Calidad	Elabore el Informe de Investigación de Eventos Adversos y remita a la Subdirección Científica.	Informe de Análisis de Evento Adverso		

9	Enviar el informe de investigación de eventos adversos	Subdirección Científica.	Enviar el informe con su respectivo formato de reporte del evento adverso a las Oficinas de Calidad en forma inmediata, solicitando plan de mejoramiento.	Oficios de envío	
10	Elaborar un plan de mejoramiento	Auditor de Calidad	Elaborar un plan de mejoramiento según procedimiento establecido.	Plan de mejoramiento	
11	Si se puede solucionar de inmediato el caso sin necesidad de hacer cambios en los procesos, proceda en consecuencia.	Subdirección Científica.	Analice el caso y determine si se puede solucionar de inmediato o si requiere de la convocatoria del Comité de Calidad.	Formato análisis del caso	
12	Si el caso requiere cambios en los procesos por error en los mismos, convoque y reúna al Comité de Calidad.	Comité de Calidad	Determine un conjunto de posibles soluciones mediante la Metodología de Análisis y Solución de Problemas contenida en el material de referencia del Comité de calidad.		
13	Dar posibles soluciones	Comité de Calidad	Determine un conjunto de posibles soluciones mediante la Metodología de Análisis y Solución de Problemas contenida en el material de referencia del Comité de calidad.		
14	Seleccionar la mejor solución	Comité de Calidad	Seleccione la mejor o mejores soluciones y los cambios en los procesos cuando se requieran, para garantizar que el evento no se volverá a presentar.		
15	Aplicar las soluciones previstas	Subdirección Científica.	Coordinar la distribución de tareas y responsables para garantizar la aplicación y seguimiento de la solución seleccionada.		
16	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión	Jefe de archivo.	Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión		
OBSERVACIONES	1. Gestionar el evento adverso acorde al sistema institucional. 2. Realizar análisis de causa según el protocolo adoptado y adaptado. 3. Formular e implementar las acciones de mejora.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: COMITÉ DE CALIDAD. Cargo: Comité de Calidad.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.2. MACROPROCESO MISIONAL:

3.2.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 2
	MACROPROCESO MISIONAL —CÓDIGO: MP - MS PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - CÓDIGO: PR - UR	Resolución de Aprobación:

OBJETIVO: Brindar una atención médica humanizada, segura y oportuna, a todos los Usuarios que llegan a nuestra institución con patologías de urgencia, a través de una atención enfocada en el cumplimiento de parámetros científicos, éticos y legales establecidos y aprovechando con efectividad los recursos disponibles.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Solicitud del Usuario de la Atención de Urgencias.
	TERMINA: Usuario estable y con conducta definida, canalizado a otros procesos misionales, Remitido a niveles de mayor complejidad, Egreso.
	COVERTURA: Transversal a todos los procesos misionales.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
Servicio de Ambulancia. Otros Procesos Misionales. Otras IPSs. Procesos de Apoyo. EPSs, Entes Territoriales y Particulares. Entidades de vigilancia - control	Usuarios con necesidad de Atención de Urgencias. Prescripción Médica. Remisión. Historia Clínica. Resultados de Apoyos Diagnósticos (De otras IPSs).	<p>ACTUAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ACCIONES CORRECTORAS. ✓ MEJORA CONTINUA. ✓ TRANSVERSALIZAR. ✓ INDUSTRIALIZAR. <p>PLANIFICAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PROCEDIMIENTO. ✓ RECURSOS. ✓ SISTEMA DE CONTROL. <p>VERIFICAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ CONTROL. ✓ AUDITORÍA. ✓ AUTOEVALUACIÓN. ✓ CUADRO DE MANDO. <p>HACER:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ IMPLANTACIÓN (Seminarios). 	Usuario estabilizado, con conducta médica definida y educado. Familia de Usuario debidamente educada e informada. Cadáver. Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención.	Familiares del Usuario. IPSs de Referencia. Procesos de Apoyo. Entidades de vigilancia - control. Seguridad del paciente. Salud Pública.

PLANEAR	HACER
Identificación de necesidades y Previsión de los recursos necesarios para la prestación de un servicio de Atención integral enfocado en el bienestar Usuario y su familia.	Ingresar Usuario al servicio de Atención de Urgencias.
Implantación de protocolos y guías de atención de patologías, en el personal asistencial.	Orientar y educar a Usuarios y familiares.
Stock de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico.	Realizar la clasificación en Triage de Urgencias.
Entrenamiento continuo del personal.	Reanimación de Usuarios.
Programación de turnos del personal asistencial.	Prestar un servicio integral en la Atención de Urgencias.
Disponibilidad de camas para observación.	Diligenciar la Historia clínica y demás registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes en la atención a los Usuarios.
	Reportar las fallas en la atención.
	Referencia y contrareferencia.
	Egreso de Usuarios del servicio de Atención de Urgencias.
	Traslado asistencial básico.
	Manejo de cadáveres.
	Notificar enfermedades de salud pública a entes competentes.

VERIFICAR		ACTUAR	
Correcta clasificación de los Usuarios el Triage de Urgencias.		Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora, frente a oportunidades de mejora y/o fallas en la atención.	
Satisfacción del Usuario.		Reestandarización de procedimiento.	
Correcto diligenciamiento de las Historias clínicas y demás registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes en la atención de los Usuarios.		Ajuste al tratamiento.	
Cumplimiento de guías y protocolos de atención.			
Cumplimiento de Prescripciones Médicas.			
Administración de medicamentos.			
Adherencia a normas de bioseguridad.			
Evolución del Usuario.			
Inventario de carro de paro.			
Comportamiento de los indicadores.			
Causas de las fallas en la atención.			
Remisión de Usuarios.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-UR-01	Triage de Urgencias	2.0	
PD-UR-02	Atención inicial de Urgencias	2.0	
PD-UR-04	Manejo de Cadáveres	2.0	
PD-UR-05	Traslado Asistencial Básico	2.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
Productividad Oportunidad en la Atención de Urgencias Adherencia a guías de manejo Vigilancia de incidentes y eventos adversos, Infecciones asociadas a la atención en salud. Reingreso después de las 24 y/o antes de 72 horas por la misma causa.	Gestión Administrativa y Financiera, Gestión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), Gestión Documental y de Comunicaciones, Gestión Jurídica, Gestión Ambiental, Gestión del Talento Humano, Atención al ciudadano (SIAU), Gestión de Recursos Físicos.	HUMANOS: Personal con competencias y habilidades necesarias para cumplir a cabalidad el objetivo. FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades. FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras. TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos biomédicos; Equipos y elementos de cómputo, Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación.	Historia Clínica; CIE 10; Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Normas Técnicas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Manual y Normas de Bioseguridad, PGIRHS - Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Manual De referencia y contrareferencia, Manual de Calidad; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Protocolo de Control Documental.
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009		MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
Constitución Política de Colombia de 1991; Ley 23 DE 1981, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015; Decreto 3380 de 1981, Decreto 0412 de 1992, Decreto 1757 de 1994, Decreto 1171 de 1997, Decreto 2193 de 2004, Decreto 2200 de 2005, Decreto 1011 de 2006, Decreto 2330 de 2006, Decreto 2423 de 2006, Decreto 4747 de 2007, Decreto 1018 de 2007, Decreto 2353 de 2015,	4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE REGISTROS 5.2. ENFOQUE AL CLIENTE 5.3. POLÍTICA DE CALIDAD 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS 6.2. TALENTO HUMANO 6.3. INFRAESTRUCTURA 7.1. PLANIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN O PRESTACIÓN DEL SERVICIO 7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE		(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN • COMPONENTE TALENTO HUMANO: - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión.

Decreto 780 de 2016, Decreto 1426 de 2016, Decreto 546 de 2017; Resolución 0741 de 1997, Resolución 1995 de 1999, Resolución 3047 de 2008, Resolución 5521 de 2013, Resolución 2003 de 2014, Resolución 5596 de 2015, Resolución 1441 de 2016, Resolución 0256 de 2016, Resolución 0839 de 2017; Acuerdo 415 de 2009 - CNSSS, Circular 10 de 2006 - MPS, Circular Externa 0019 de 2007 - MPS.	7.3. DISEÑO Y DESARROLLO 7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	- Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: - Plan de Mejoramiento.
---	---	--


INDICADORES:

CÓDIGO	NOMBRE
I.UR.1	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
I.UR.2	Porcentaje de reingreso de Usuarios al servicio de urgencias
I.UR.3	Porcentaje de Satisfacción en Urgencias
I.UR.4	Porcentaje de eventos adversos gestionados.

Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.


REGISTROS	RESPONSABLES
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Subdirección científica; Dueños de Proceso.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - UR	ATENCIÓN DE URGENCIAS	VERSIÓN	2
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Acción insegura:	Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de uno o varios pasos durante la atención en salud por parte de uno o varios miembros del equipo de atención. Es la que al final de la cadena de errores, desencadena un incidente o evento adverso.					
Acciones de Reducción de Riesgo (Barreras de seguridad):	Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa.					
ADRES:	ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), es una entidad creada para garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), hace parte de este mismo sistema y adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.					
Afiliado:	Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.					
Ambulancia:	Vehículo diseñado o acondicionado con equipos apropiados para el transporte asistido de usuarios.					
Ambulancia básica:	Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial, destinadas al traslado de usuarios en condiciones de salud sin riesgo potencial de complicaciones, que no requieran monitoreo especial continuo o la probabilidad de intervenciones médicas. Cada unidad móvil cuenta con un conductor paramédico y auxiliar de enfermería y están dotadas de todos los insumos de acuerdo a la resolución 2003 de 2.014.					
Anamnesis:	Exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio; para identificar personalmente al usuario, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.					
Atención en Salud:	Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.					
Atención de Urgencias:	Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.					
Autoridades Competentes:	Es el titular de un oficio de gobierno que goza de la competencia necesaria para una determinada actuación jurídica pública, que implica generalmente ejercicio de potestad, para el ejercicio del presente proceso se relacionan entre estos la Fiscalía, Policía judicial, Medicina Legal y Ciencias Forenses.					
Atención Inicial de Urgencias:	Son las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el manejo y destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencias, al tenor de los principios éticos y de las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud, será el facultativo tratante del servicio (Médico jefe del servicio), quien definirá en todos los casos cuando concluye esta atención.					
Ayudas diagnósticas:	Procedimientos de laboratorio clínico o imagenología que busca confirmar o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión.					
Bioseguridad:	Es el conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud humana y el ambiente.					
Cadáver:	Cuerpo humano sin vida, cuyo deceso debe, para efectos jurídicos, estar certificado previamente a su inhumación o cremación por un Médico o funcionario de salud competente.					
Cadáver con muerte domiciliaria:	Llevado por familiares a la institución, cuando la última atención fue brindada por la E.S.E. Vidasinú; o, por el contrario, si el fallecido carece de afiliación, historia clínica o visitas recientes al médico y pertenece a la red de servicios institucional.					
Cadáver que ingresa a la Institución:	Ingresó al servicio de urgencias con detención total e irreversible de la función neurológica, cardiovascular y respiratoria.					
Calidad de la atención de salud:	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.					
Calidad - Accesibilidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					

Calidad - Oportunidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
Calidad - Seguridad:	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
Calidad - Pertinencia:	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
Calidad - Continuidad:	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
Complicación:	Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del usuario.
Consentimiento informado:	Es la autorización que el usuario que goza de conciencia y de autonomía para tomar decisiones o, en caso contrario su representante, confiere al personal de la salud para la realización del acto asistencial, previa información oportuna, veraz, clara, precisa, completa y adecuada sobre el acto que se va a realizar, su objeto, las alternativas posibles, y sus consecuencias.
EPS:	Las EPS-S (Empresas Promotoras de Salud), son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.
Equipo biomédico:	Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.
Equipo de salud:	Grupo interdisciplinario y multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria.
E.S.E:	E.S.E. (Empresa Social del Estado) Constituye una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos; cuyo objetivo es, la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.
Eventos en Salud:	Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que, para efectos del presente Capítulo, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.
Evento adverso:	Lesión o daño resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
Fallas en la Atención:	Es la deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. ... Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Las fallas son por definición no intencionales.
Historia Clínica:	Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley.
Incidente:	Evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un usuario que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención y bajo otras circunstancias pudo constituirse en un evento adverso.
IPS:	IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud), Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.
Medicamentos:	Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
Muerte:	Detención total e irreversible de la función neurológica, cardiovascular y respiratoria. La muerte es un proceso y no un suceso; se encuentra precedida por un periodo de duración variable llamado agonía (del griego agonos: consumirse), en el cual se observa un estado físico del moribundo caracterizado por un cuadro clínico constituido por uno o más de uno de los siguientes signos: hipotermia, deshidratación, cambios respiratorios, arritmias auriculares y ventriculares, movimientos automáticos y/o cambios en la conciencia.

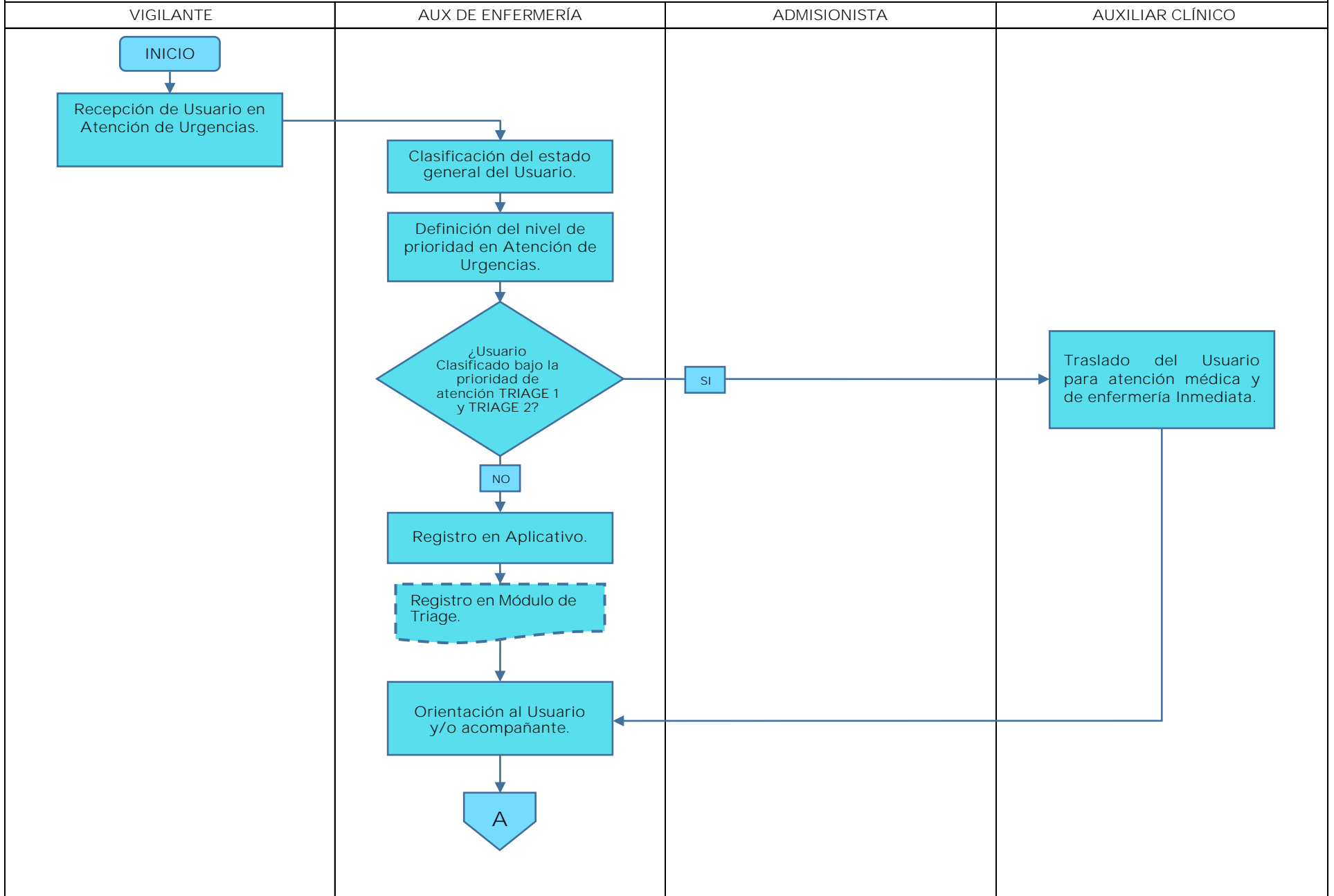
Muerte Intrainstitucional:	Llámesese aquella que ocurra una vez que el usuario ingresó al servicio de urgencias, no tuvo mejoría de su cuadro clínico y pese a las acciones realizadas por el equipo de salud, fallece al interior de la institución.
Muerte Médico Legal:	Es aquella que se produce por circunstancias ajenas al estado biológico del individuo, incluyendo al suicidio, homicidio y accidente, siendo esta última la muerte en la cual hay un hecho que no ha podido ser previsto, o que previsto no ha podido evitarse; la muerte médico legal requiere de una investigación judicial.
Muerte Natural:	Es aquella causada por procesos biológicos propios de los seres humanos (neoplasias, hemorragias, infecciones, senectud) y que no requiere investigación judicial.
Observación:	Área adyacente al servicio de urgencia, provista de una capacidad instalada, permitiendo el manejo de determinadas patologías en un periodo de tiempo limitado antes de tomar una decisión sobre su ingreso definitivo o su alta del servicio.
Prescripción Médica:	Es un documento escrito donde el médico prescribe servicios y/o tratamientos para el usuario según su diagnóstico o tratamientos.
Procedimiento:	Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
Red de Urgencias:	Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.
Referencia y contrareferencia:	<p>Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.</p> <p>La referencia es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.</p> <p>La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.</p>
Remisión:	Este procedimiento permite el envío de usuarios de un nivel a otro dotado de mayor complejidad para completar el diagnóstico o realizar el tratamiento y la devolución del usuario al nivel original con indicaciones específicas sobre el diagnóstico, el tratamiento y otras medidas que deban adoptarse.
Riesgo:	Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
Seguridad del Paciente:	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
Servicio de urgencia:	Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para esa unidad.
Triaje:	Método de la medicina de Urgencias para la selección y clasificación de los usuarios basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del usuario que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.
Urgencia:	Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
Urgencia médica:	Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier origen que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
Violación de la seguridad de la atención en salud:	Desviación deliberada (intencional) de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

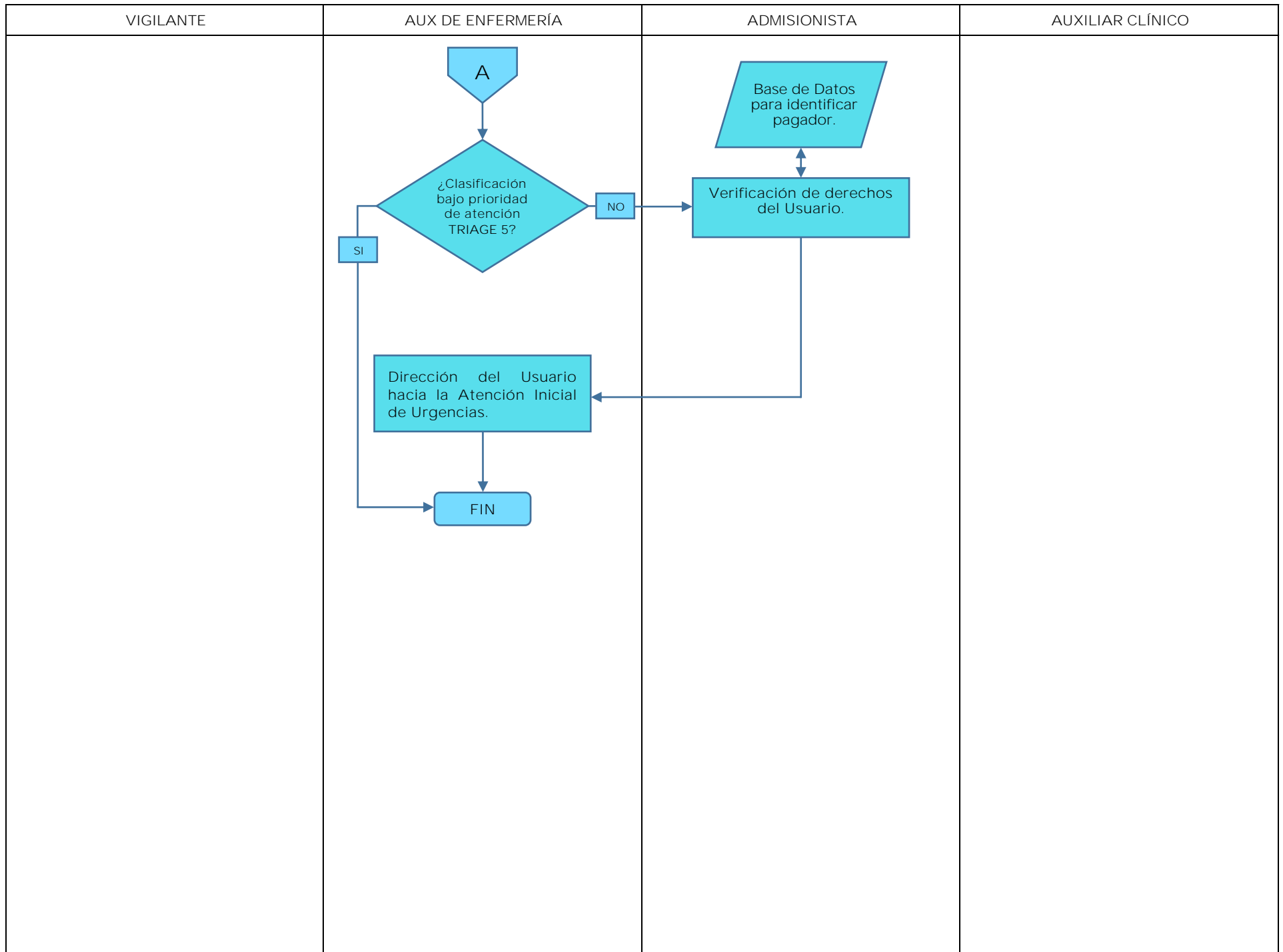
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - UR	ATENCIÓN DE URGENCIAS	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Triage de Urgencias			PD-UR-01	2
OBJETIVO	Clasificar a los Usuarios a su llegada al servicio de Atención de Urgencias, a través de una evaluación de enfermería rápida y eficiente, que determine la prioridad y secuencia en que éstos serán atendidos.					
RESPONSABLE	Auxiliar de Enfermería y Admisionista					
ENTRADAS	Usuario (Con necesidad de Atención de Urgencias), Prescripción Médica.					
PROVEEDORES	Comunidad, Otros Procesos Misionales, IPSs de Contrareferencia, Servicios de Ambulancia.					
SALIDAS	Usuario con resultado de la priorización, Registro en Módulo de Triage.					
CLIENTE	Otros Procesos Misionales, Procesos de Apoyo.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de Usuario en Atención de Urgencias.	Vigilante	<p>El proceso comienza con la llegada del Usuario al servicio de Atención de Urgencias, el vigilante de turno lo recibe, saluda de manera cordial y hace algunas preguntas de rutina; en caso que esté en las condiciones de comunicarse, de lo contrario se le interroga rápidamente al acompañante.</p> <p>Así mismo, le da instrucciones precisas de donde iniciar con el proceso de atención y toma algunos registros tales como: nombre completo de Usuario, identificación y Hora de llegada.</p>			
2	Clasificación del estado general del Usuario.	Aux de Enfermería	<p>Clasifica el estado general del Usuario en el sitio de llegada o destinado para el Triage, mediante interrogatorio, toma de signos vitales y medidas antropométricas (si su situación clínica lo permite); Seguido a esto, se define el tipo de atención, midiendo los niveles de gravedad, según sea posible el tiempo de espera, o de atención inmediata, ciñéndose del protocolo de Triage de la institución; con fundamento en la Seguridad del Paciente. El tiempo máximo para clasificar a cada Usuario es de 5 minutos.</p> <p>Nota: Si en el desarrollo de la actividad se detecta que el Usuario no está creado en la base de datos del aplicativo, se acude al área de admisiones con el documento de identidad del mismo, para su creación.</p>		Clintos	
3	Definición del nivel de prioridad en Atención de Urgencias.	Aux de Enfermería y Aux Clínico.	<p>TRIAGE 1: El estado clínico del Usuario representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Usuario requiere atención de enfermería y médica inmediata. - Simultáneamente se realizan: paso 5 (Verificación de derechos) y paso 6 (Traslado a sala de reanimación). <p>TRIAGE 2: La condición clínica del Usuario puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano. La presencia de un dolor extremo se incluye dentro de esta clasificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de enfermería inmediata y médica, no debe superar los quince (15) minutos. 		Clintos	


			<p>- Se traslada al Usuario a sala de reanimación, sala de procedimientos u observación según cuadro clínico.</p> <p>TRIAGE 3: Cuando la condición clínica del Usuario requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en Atención de Urgencias. Necesitan de un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.</p> <p>- Atención médica y de enfermería, no debe superar los treinta (30) minutos de espera.</p> <p>- Se traslada al Usuario a sala de procedimientos u observación según cuadro clínico.</p> <p>TRIAGE 4: El Usuario presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.</p> <p>- Atención médica y de enfermería, no debe superar los sesenta (60) minutos.</p> <p>- Se traslada al Usuario a sala de procedimientos u observación según cuadro clínico.</p> <p>TRIAGE 5: El Usuario presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de Usuario y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.</p> <p>- Atención médica será derivada hacia consulta externa.</p> <p>- Se brinda educación y recomendaciones.</p> <p><i>¿Usuario Clasificado bajo la prioridad de atención TRIAGE 1 y TRIAGE 2?</i></p> <p><i>Si:</i> El Usuario es trasladado por el Aux Clínico para atención médica y de enfermería Inmediata: Se salta a la Actividad N°7; Así mismo, rápida y simultáneamente se realizan la Actividad N°5 y Actividad N°6.</p> <p><i>No:</i> Pasar a la Actividad N°4.</p>		
4	Registro en Aplicativo.	Aux de Enfermería	Al finalizar con la sesión del Usuario en el módulo, Culmina el registro de acuerdo a nivel de prioridad de atención.	Registro en Módulo de Triage	Clintos
5	Orientación al Usuario y/o acompañante.	Aux de Enfermería	Establece una comunicación con el Usuario, su acompañante o su familia, para disminuir la ansiedad e incertidumbre; a fin de, brindar orientación e información precisa, oportuna, necesaria y suficiente, para su valoración inicial, tiempo de espera y acceso al servicio; acorde al resultado de la clasificación de Triage.		
6	Verificación de derechos del Usuario.	Admisionista	Si la condición clínica del Usuario lo permite: se recibe la solicitud del servicio de Atención de Urgencias, se pide el documento de identidad para registrar de manera completa y legible, el Ingreso del Usuario a la Atención de Urgencias; así mismo, se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el Usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.		Clintos

			Nota: En los casos en que el Usuario no se encuentre en condiciones de realizar por sus propios medios los procedimientos de admisión, puede colaborarle su acompañante o la Aux de enfermería con el documento de identidad.		
7	Dirección del Usuario hacia la Atención de Inicial Urgencias.	Aux de Enfermería	Dirige al Usuario hacia el servicio pertinente; según el nivel de prioridad establecido y según los criterios de oportunidad requeridos.		
OBSERVACIONES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguir con detalles este procedimiento, haciendo uso del protocolo de Triage de nuestra institución. 2. Priorizar la atención de embarazadas y niños. 3. Priorizar la atención de ancianos y discapacitados. 4. Dirigir hacia los programas de promoción y prevención a todos los Usuarios; de acuerdo a la edad y condiciones especiales. 5. En caso de detectar situaciones de vulnerabilidad: favor dirija al Usuario para atención por trabajo social. <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria; el reporte de fallas de la atención es obligatorio.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo:		Documento Original:		Disposición final:	

RESPONSABLE





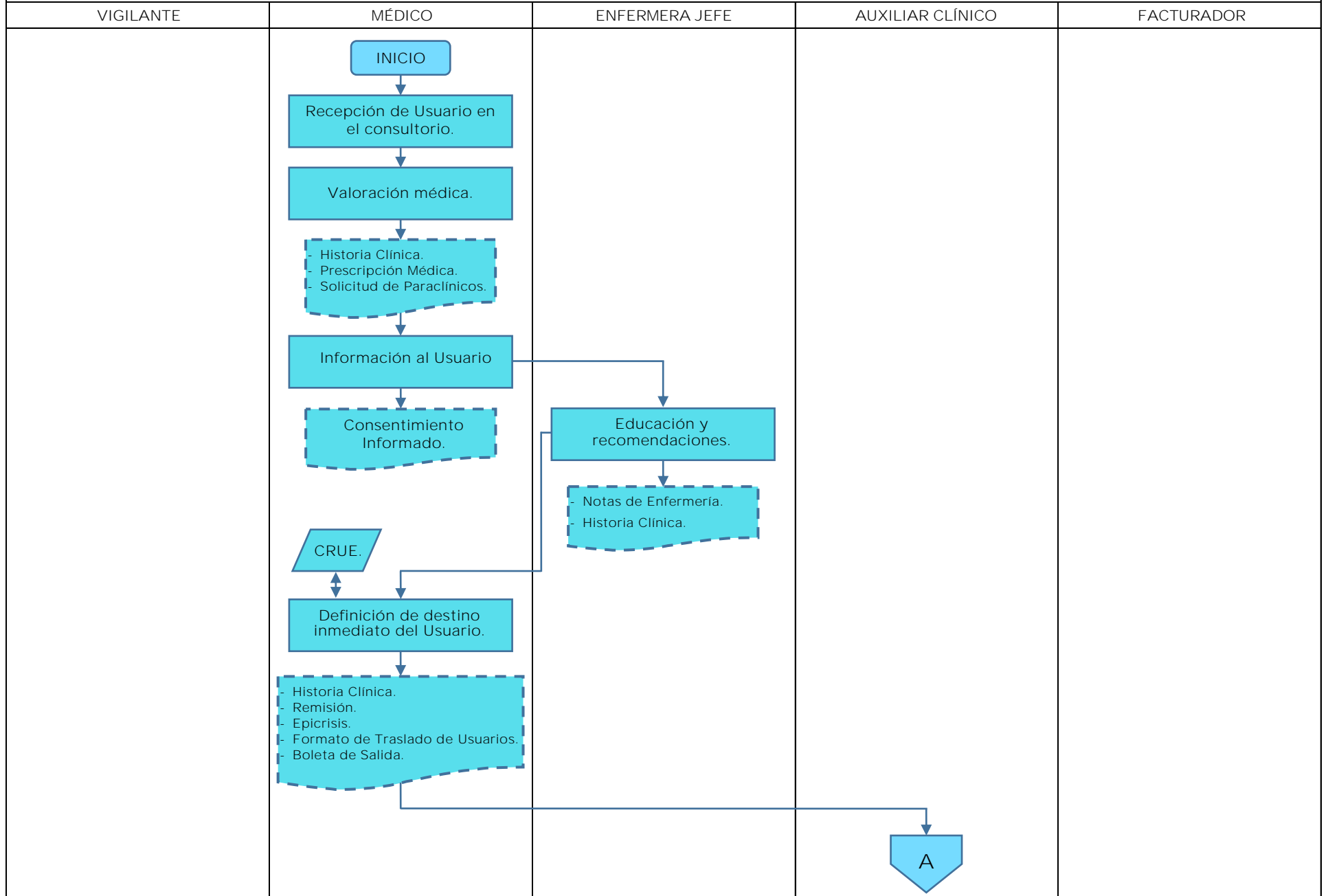
		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - UR	ATENCIÓN DE URGENCIAS	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Atención Inicial de Urgencias			PD-UR-02	2
OBJETIVO	Estabilizar a los Usuarios en sus signos vitales y hacer una impresión diagnóstica que defina el destino o la conducta por seguir; considerando que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requieren de una atención inmediata.						
RESPONSABLE	Médico, Enfermera Jefe y Aux de enfermería.						
ENTRADAS	Usuario con Triage, Registro en Módulo de Triage, Remisión, Registros Asistenciales y Resultados Apoyo Diagnostico de otros centros de atención en salud.						
PROVEEDORES	Triage de Urgencias, Procesos de Apoyo, EPSs, Acompañante de Usuario, Entes Territoriales y Particulares y Entidades de vigilancia – control.						
SALIDAS	Usuario (Estabilizado, con conducta médica definida y educado), Prescripción para otros servicios, Remisión, Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención, Reporte de fallas de la atención, Notificación de eventos de salud pública, Cadáver y Boleta de Salida.						
CLIENTE	Otros Procesos Misionales, Procesos de Apoyo, Familiares de Usuario, IPSs de Referencia, Entidades de vigilancia – Control, Seguridad del Paciente, Salud Pública.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de Usuario en el consultorio.	Médico	<p>Recibe al Usuario en el consultorio o en la sala de reanimación (según estado clínico de este); El personal debe saludarlo de manera cordial y presentarse si las circunstancias lo permiten.</p> <p>Corroborar identidad del Usuario, según lo establecido en el Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes</p>		Manual de atención al Usuario.		
2	Valoración médica.	Médico	<p>Realiza la Anamnesis (Interrogatorio al Usuario por parte del Médico), de manera rápida y efectiva.</p> <p>Estudia el cuerpo del Usuario haciendo una valoración física (Cefalocaudal), a través de métodos efectivos tal como: la Inspección, Palpación, Auscultación, Percusión, etc., para establecer una impresión clínica o diagnóstico.</p> <p>Emite el diagnóstico del Usuario y prescribe los procedimientos que correspondan, de igual manera ordena el plan de cuidados y tratamiento. Seguido a esto, se carga en el aplicativo toda la información correspondiente a la historia clínica, Prescripciones médicas para las ayudas diagnósticas (Lab - RX) y medicamentos en donde conciernen estos.</p>		Historia Clínica, Prescripción Médica, Solicitud de Paraclínicos; Guías de Manejo de Urgencias.	Clintos - Baxlab	
3	Información al Usuario	Médico	La información brindada al Usuario debe ser clara, precisa y suficiente. Se brindará información detallada sobre los procesos, su tratamiento, cuidados, riesgos inherentes a los procedimientos a realizar y posibles complicaciones.		Consentimiento Informado; Manual de Historias clínicas.		
4	Educación y recomendaciones.	Médico - Aux de Enfermería	<p>Si las circunstancias lo permiten, se recibe al Usuario, se le brinda educación y recomendaciones sobre el tratamiento, medicamentos, toma de muestras, exámenes y remisión a programas u otros niveles; de manera comprensiva y según instructivos, guías y protocolos. Además, se verifica que el Usuario ha entendido las recomendaciones, a través de preguntas y pidiendo que este repita las instrucciones dadas.</p> <p>Por otra parte, se orienta al Usuario sobre la ubicación de los servicios y sedes de la E.S.E. VIDASINÚ en las cuales debe ser atendido; se registra educación brindada en la historia clínica.</p>		Notas de Enfermería, Historia Clínica.		

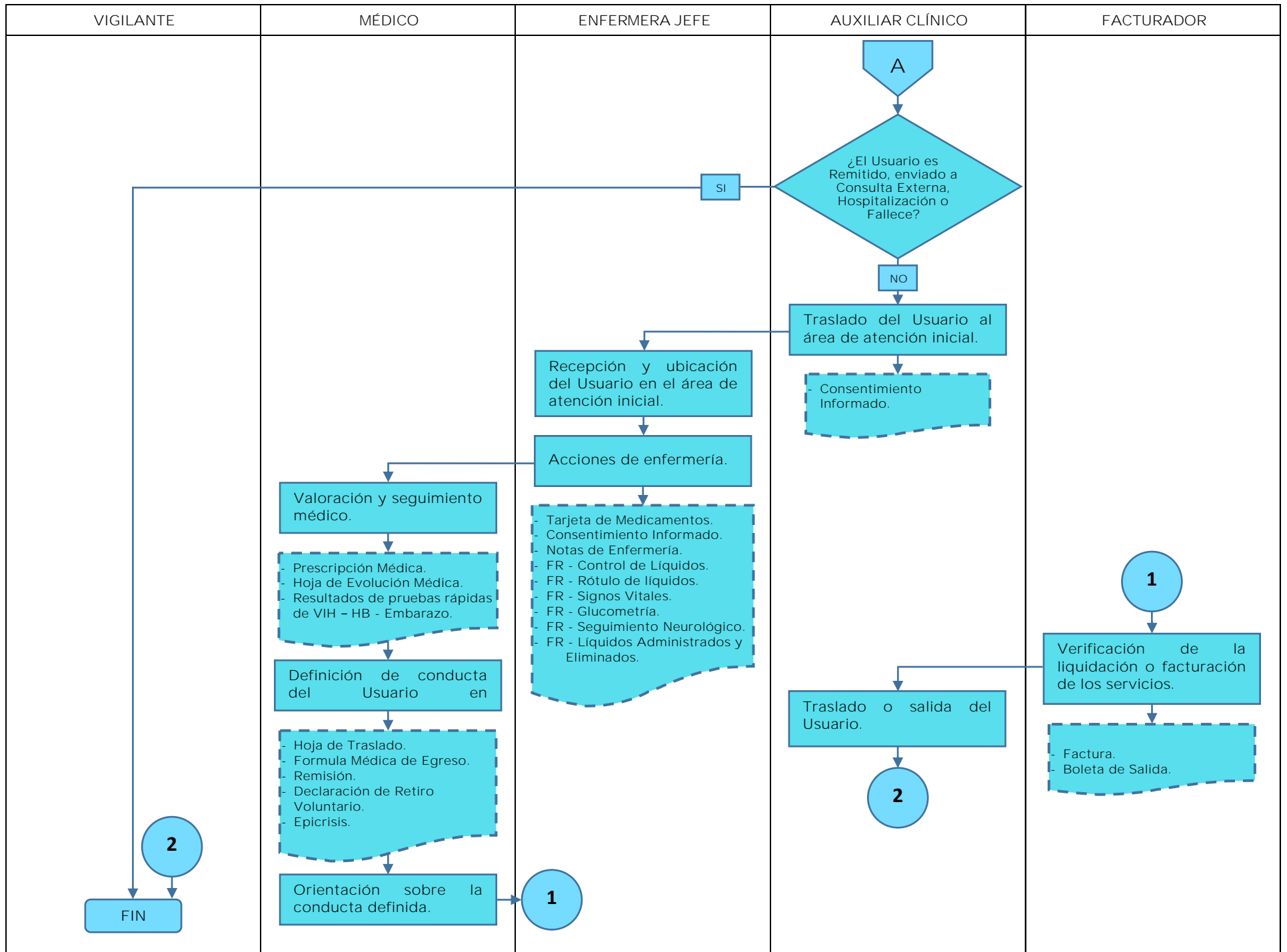
5	Definición de destino inmediato del Usuario.	Médico	<p>De acuerdo al diagnóstico emitido, se define el destino inmediato del Usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de reanimación: Para Usuarios clasificados como Triage I o Triage II; después de ser estabilizados, se trasladan al área de observación y si lo requiere se realiza referencia a mayor complejidad. - Sala de procedimientos: Para Usuarios que requieren procedimientos como suturas, sondaje nasogástrico, lavado gástrico, cateterismo vesical, curaciones, lavado ocular, lavado nasal, onicectomía, y colocación de férulas de yeso. Finalizado el procedimiento se puede dar egreso por el Médico de atención inicial, trasladar al área de observación, realizar referencia a mayor complejidad o solicitar traslado al servicio de Hospitalización. - Observación: Para Usuarios clasificados como Triage III o Triage IV, que posterior a 6 horas se debe definir conducta: se puede dar egreso por mejoría, realizar referencia a mayor complejidad o solicitar traslado al servicio de Hospitalización. - Consulta Externa: Para Usuarios clasificados como Triage V que requerían valoración médica y manejo ambulatorio. - Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad: Para gestantes en trabajo de parto se solicita traslado al servicio de Hospitalización obstétrica. - Referencia y Contrareferencia: Para Usuarios que requieran de remisión a un nivel de mayor complejidad. <p>Nota: en caso que el Usuario fallezca se debe trasladar hasta cuarto de cadáveres.</p>	Historia Clínica, Remisión, Epicrisis, Formato de Traslado de Usuarios, Boleta de Salida; Guías de Manejo de Urgencias, Manual de Referencia y Contrareferencia.	Clintos, CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias)
6	Traslado del Usuario al área de atención inicial.	Médico - Auxiliar Clínico	Se le brinda apoyo al Usuario para trasladarlo en camilla o silla de ruedas, según protocolos de traslado intrahospitalario del Usuario y de control de caídas; si es el caso. Luego, se dirige este a su área de atención según corresponda (sala de reanimación, sala de procedimientos y observación), para que el Médico de atención inicial (emisor) le haga entrega del Usuario al su homólogo del área de destino (receptor); así mismo se hace entrega de la prescripción médica ordenada por el Médico de atención inicial.	Prescripción Médica, Consentimiento Informado para Actividades y Procedimientos.	Clintos
7	Recepción y ubicación del Usuario en el área de atención inicial.	Enfermera Jefe - Aux de Enfermería	<p>Recibe al Usuario en su área de atención según corresponda (sala de reanimación, sala de procedimientos y observación), lo saludan y se presentan (cuando sea posible); se ubica en la camilla en el área que corresponda y se recibe la Prescripción Médica. Se rotula tablero general de identificación de Usuarios y tablero asignado en la unidad; según Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes.</p> <p>Se informan las indicaciones para el autocuidado de su seguridad y normas institucionales a cumplir como Usuarios y cuidadores, según lo establecido en Protocolo de educación al Usuario en el autocuidado de su seguridad.</p>	Prescripción Médica.	Clintos


8	Acciones de enfermería.	Enfermera Jefe - Aux de Enfermería	<p>Se diligencia tarjeta de medicamentos, se suministran los medicamentos prescritos por el Médico, se realizan procedimientos de enfermería: toma de muestras de laboratorio clínico, toma de imagenología y cuidados de enfermería según las necesidades del Usuario; según protocolos y guías de atención de Enfermería.</p> <p>Se carga al aplicativo la información correspondiente según el registro que corresponda en la historia clínica y los materiales e insumos requeridos para ejecutar la actividad.; para finalizar, se brinda educación al Usuario o familiares según corresponda.</p> <p>Nota: Cada vez que se actualizan las prescripciones médica enfermería debe ejecutar las acciones pertinentes durante la estancia del Usuario.</p>	Prescripción Médica, Tarjeta de Medicamentos, Consentimiento Informado, Notas de Enfermería, Control de Líquidos, Rótulo de líquidos, Signos Vitales, Glucometría, Seguimiento Neurológico, Líquidos Administrados y Eliminados.	Clintos
9	Valoración y seguimiento médico.	Médico	<p>Se revalora el Usuario realizando anamnesis, examen físico, descripción de los hallazgos patológicos; a fin de evaluar la evolución del cuadro clínico: con base en normas técnicas, protocolos de atención, guías de manejo y según los resultados de la valoración y seguimiento se deja registrado las decisiones tomadas en la plantilla de prescripciones y justificarlo en la evolución médica. se debe revalorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de recibir atención inicial (antes de las 2 primeras horas). - Cuando existan cambios en el estado de salud del Usuario. - Al menos una vez por turno. - Al egreso. 	Prescripción Médica, Hoja de Evolución Médica, Resultados de pruebas rápidas de VIH - HB - Embarazo; Normas Técnicas, Protocolos de Atención, Guías de manejo.	Clintos
10	Definición de conducta del Usuario en Observación.	Médico	<p>Antes de las primeras 6 horas se debe definir conducta del Usuario para egreso del servicio de Atención Inicial de Urgencias durante la revaloración y seguimiento médico, estableciendo el destino al cual se enviará el Usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta Mejoría: El Usuario tiene mejoría del cuadro clínico: le da salida con manejo en servicios Ambulatorios. - Hospitalización: El Usuario puede tener o no mejoría del cuadro clínico; pero su patología requiere manejo en baja complejidad en un tiempo mayor a 6 horas. Se debe solicitar la disponibilidad de cama con la enfermera jefe del servicio. - Retiro Voluntario: El Usuario puede tener o no mejoría del cuadro clínico; pero decide retirarse de la institución no obstante la recomendación del profesional encargado de su atención asumiendo las posibles complicaciones que se deriven de su cuadro clínico. Aplica solo para Usuarios mayores de 18 años con excepción de las gestantes. - Traslado a Mayor Complejidad: El Usuario puede tener o no mejoría del cuadro clínico, pero de acuerdo a los criterios de la patología requiere manejo en mediana o alta complejidad. Se debe solicitar traslado acorde al Manual de Referencia y Contrareferencia de la E.S.E. VIDASINÚ. - Fallece: Cuando el Usuario no tiene mejoría del cuadro clínico y pese a las acciones realizadas por el equipo de salud fallece en la institución. <p>Al definir la conducta se debe notificar a facturación, para que se realicen tramites o autorizaciones pertinentes.</p>	Hoja de Traslado, Formula Médica de Egreso, Remisión, Declaración de Retiro Voluntario, Epicrisis; Manual de referencia y contrareferencia.	Clintos y CRUE
11	Orientación sobre la conducta definida.	Médico - Enfermera Jefe y Auxiliar de Enfermería	Se le brinda orientación al Usuario, a su acompañante o a sus familiares, sobre las actividades pertinentes a la conducta definida.	Hoja de Evolución Médica, Nota de Enfermería.	Clintos

12	Verificación de la liquidación o facturación de los servicios.	Facturador	Se verifica que todos los procedimientos realizados (medicamentos, laboratorios, imágenes diagnósticas, entre otros.) tengan sus respectivos soportes; para efectos de facturación. Finalmente, entregan la boleta de salida del Usuario.	Factura, Boleta de Salida.	
13	Traslado o salida del Usuario.	Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Clínico	El Usuario, egresa del servicio de Atención Inicial de Urgencias según conducta definida. El Auxiliar Clínico, portando la boleta de salida, debe trasladar y acompañar al Usuario hasta que este egrese del servicio; para generar tranquilidad y seguridad; según protocolos de traslado intrahospitalario del Usuario y de control de caídas. La Auxiliar de Enfermería entrega en facturación los registros clínicos realizados del Usuario.	Remisión, Boleta de Salida.	
OBSERVACIONES		<ol style="list-style-type: none"> 1. Para las sedes que no cuentan con el Servicio de Laboratorio Clínico ni Apoyo diagnósticos Imagenológico, los Usuarios y/o las muestras obtenidas se enviarán a la sede que cuentan con dichos servicios. 2. Cuando se presente una urgencia con Triage 1, o cualquier otra donde haya la necesidad de usar elementos de un Carro de Paro, la Enfermera Jefe o Aux de Enfermería, debe notificar oportunamente a la farmacia, para que el Regente o Aux de Farmacia, haga la reposición inmediata de los medicamentos y dispositivos médicos utilizados; de esta forma estar preparados para una futura urgencia. 3. Se deben notificar todos los eventos de interés en salud pública. 			
SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria; el reporte de fallas de la atención es obligatorio.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo:		Documento Original:		Disposición final:	

RESPONSABLE



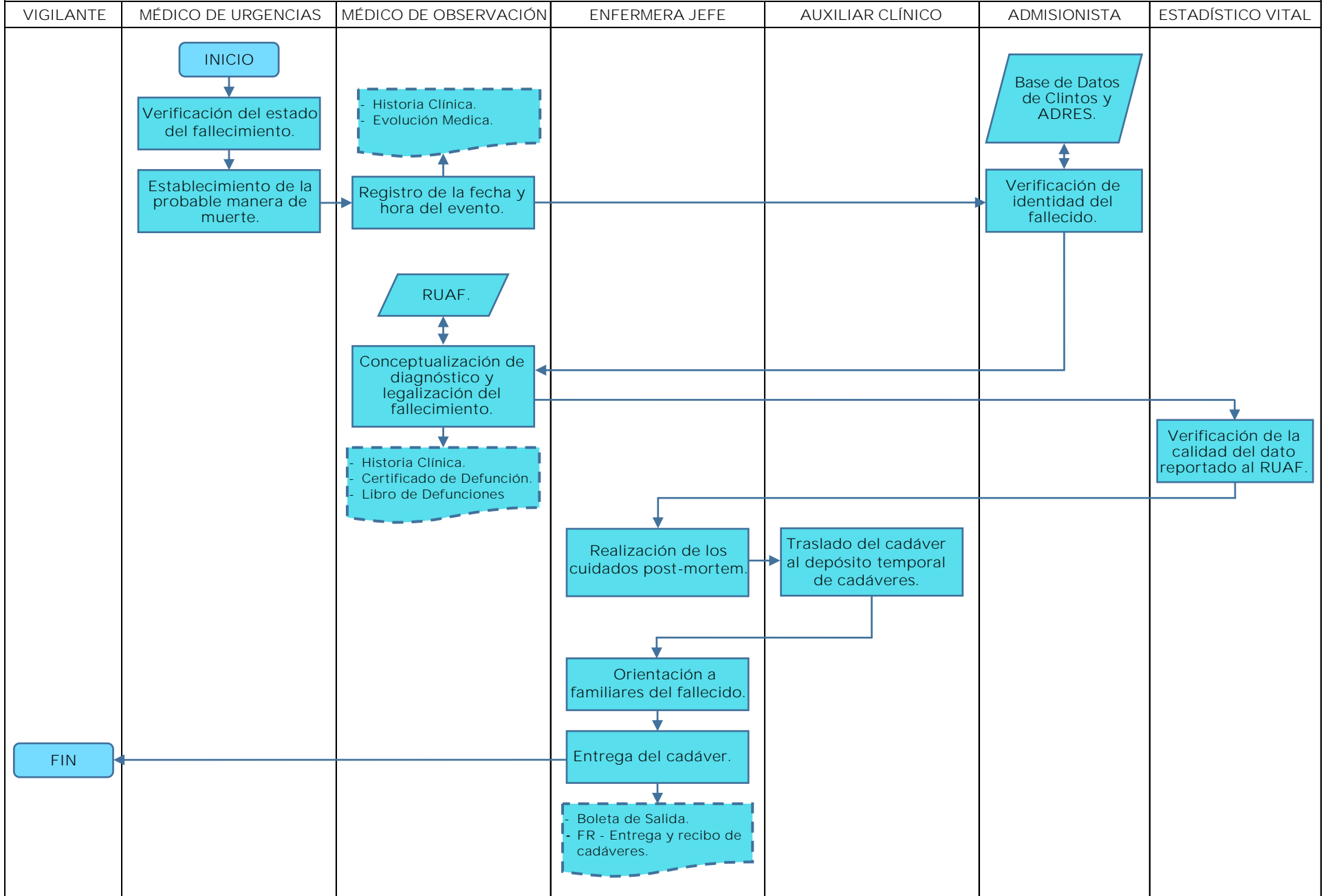



		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - UR	ATENCIÓN DE URGENCIAS	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo de Cadáveres			PD-UR-04	2
OBJETIVO	Efectuar las actividades que correspondan al adecuado manejo de cadáveres, ya sea por muerte natural o por muerte médico legal, mediante procedimiento médico y de enfermería pertinentes: a fin de, facilitar el traslado al depósito temporal de cadáveres y entrega del fallecido.						
RESPONSABLE	Médico, Enfermera Jefe, Aux de Enfermería, Auxiliar Clínico, Admisionista y Estadístico Vital.						
ENTRADAS	Cadáver con documentos de Identificación, Historia clínica.						
PROVEEDORES	Comunidad, Atención Inicial de Urgencias, Egreso de hospitalización.						
SALIDAS	Cadáver con los Cuidados Post-Mortem, Certificado de Defunción, Demás Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes al procedimiento, Boleta de Salida.						
CLIENTE	Familiares de Usuario, Procesos de Apoyo, Entidades de vigilancia - control, Autoridades Competentes, Seguridad del paciente, Salud Pública.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Verificación del estado del fallecimiento.	Médico - Enfermera Jefe.	<p>La Enfermera Jefe recibe el cadáver y realiza la verificación del estado del fallecimiento, partiendo de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usuario que fallece en la institución. - Cadáver que ingresa a la institución. - Cadáver con muerte domiciliaria. <p>El Médico de Atención de Urgencias debe verificar que efectivamente hay una detención total e irreversible de la función neurológica, cardiovascular y respiratoria del Usuario.</p>		Historia Clínica	Clintos	
2	Establecimiento de la probable manera de muerte.	Médico	<p>Se pueden establecer las siguientes probables maneras de muerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muerte Natural: Es la que se presenta a consecuencia de una enfermedad (no generada o precipitada). es aquella causada por procesos biológicos propios de los seres humanos (neoplasias, hemorragias, infecciones, senectud). - Muerte accidental o violenta: Es aquella que se produce por circunstancias ajenas al estado biológico del individuo, incluyendo al suicidio, homicidio y accidente <ul style="list-style-type: none"> Muerte Violenta es aquella que experimenta alguien a raíz bien sea de un traumatismo contundente y de forma fortuita o bien sea como consecuencia de que otro individuo ha decidido acabar con su vida. La muerte accidental es la muerte en la cual hay un hecho que no ha podido ser previsto, o que previsto no ha podido evitarse. - En estudio: El Médico no puede establecer la manera de muerte o tiene dudas sobre las causas probables acorde la valoración clínica y los hechos encontrados en historia clínica o relatados a través del interrogatorio a familiares. <p>Nota: En los casos de muerte accidental, violenta o en estudio, se informa de inmediato a las autoridades competentes (Fiscalía, Policía judicial, Medicina Legal y Ciencias Forenses), para que ellos se hagan cargo del caso.</p>				

3	Registro de la fecha y hora del evento.	Médico	Anota de manera inmediata, la fecha y hora en que ocurrió el fallecimiento; cuando se trate de una muerte intrahospitalaria. Es responsabilidad del Médico, registrar inmediatamente esta información, ya que es un dato primordial tanto para la historia clínica, como para el certificado de defunción; así mismo, le informa del fallecimiento a los familiares (sólo en los casos en que estos estén presentes).	Evolución Médica, Historia Clínica.	Clintos
4	Verificación de identidad del fallecido.	Admisionista	Confirma la Identificación de la persona fallecida, cotejando el documento de identificación de este, con las bases de datos disponibles. Cuando el Usuario no cuente con un documento de identificación, se debe buscar evidencias para su identificación; o en su defecto, registrarlo como "Sin identificación", hasta cuando las autoridades competentes realicen la identificación del cuerpo.	Documento de Identificación.	Clintos y ADRES.
5	Conceptualización de diagnóstico y legalización del fallecimiento.	Médico - Estadístico Vital	Conceptúa el diagnóstico o la teoría de las posibles causas de muerte; Así mismo, llena toda la información pertinente sobre el fallecimiento, bien sea, en la historia clínica u otra documentación requerida de acuerdo a la normatividad colombiana vigente. El Médico debe diligenciar el certificado de defunción físico e inmediatamente ingresar el reporte al aplicativo web dispuesto para tal fin (RUIAF), imprimiendo el Certificado de Defunción. Nota: El Estadístico Vital o quien haga su vez, realiza la verificación de la calidad del dato reportado en RUIAF, relativo a defunciones (hechos vitales).	Historia Clínica, Certificado de Defunción.	Clintos, RUIAF (Registro único de Afiliaciones), Libro de Defunciones.
6	Realización de los cuidados post-mortem.	Enfermera Jefe - Aux de Enfermería	Una vez que el Médico declara la muerte: se brindan los cuidados de enfermería para atender el cuerpo del fallecido y facilitar su traslado; siempre que sea posible. A través de actividades tales como: el cierre de los ojos, retiro de elementos invasivos, retiro y custodia de objetos personales del fallecido (si los hay), limpieza de secreciones y fluido, cubrimiento de los sitios afectados por el tratamiento, envolvimiento, posicionamiento del cuerpo, etc.; Siguiendo las recomendaciones de bioseguridad definidas en el anexo 4. del Manual de Limpieza y Desinfección de la institución. Nota: En la realización de los cuidados por-mortem, debe prevalecer un trato con dignidad, respeto y privacidad.	Certificado de Defunción, Manual de Limpieza y desinfección.	
7	Traslado del cadáver al depósito temporal de cadáveres.	Auxiliar Clínico	Traslada en camilla al fallecido hasta el depósito temporal de cadáveres; Siguiendo las recomendaciones de bioseguridad definidas en el anexo 4. del Manual de Limpieza y Desinfección de la institución.		
8	Orientación a familiares del fallecido.	Enfermera Jefe	Verifica que el fallecido cuente con familiares o acompañantes dentro de la Institución; de no ser así, se intentan ubicar a través de los medios que estén al alcance. Una vez ubicados los familiares, se brinda de forma personal la información relacionada con la muerte y se orientan sobre como adelantar los trámites pertinentes.		

			<p>Nota: El personal de salud debe apoyar a los familiares en todo lo que esté al alcance, hasta la salida de La institución.</p> <p>El último paso legal es el registro civil de defunción. Si fue una muerte natural, la funeraria registra el fallecimiento ante una notaría del lugar donde se presentó la muerte, pero si es un deceso violento, la funeraria cumple esta diligencia en la notaría que designe el fiscal del caso.</p> <p>“El registro civil de defunción reemplaza a la cédula de ciudadanía. Es el documento legal que le sirve a la familia del fallecido para los trámites de reclamaciones, sucesiones, auxilios de ley y funerarios, de sustitución de la pensión o asuntos bancarios”</p>		
9	Entrega del cadáver.	Enfermera Jefe	<p>Una vez agotados los trámites pertinentes, se entrega el cadáver a sus familiares; quienes deben identificarse y demostrar el parentesco. Con la entrega del cadáver se entrega la boleta de salida, se diligencia el formato de entrega y recibo de cadáveres, el certificado de defunción, se le imprime y anexa una copia de la epicrisis.</p> <p>Nota: En los casos de muertes naturales, donde en 24 después del deceso no se logre contactar a los familiares del fallecido: se dejará el cadáver a disposición de Salud Pública y Secretaría de Salud Municipal; por convertirse en un caso de salud pública.</p>	Boleta de Salida, Copia de la Epicrisis, Certificado de Defunción y Formato de entrega y recibo de cadáveres.	Clintos
OBSERVACIONES		<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando la muerte ocurra en un establecimiento médico - asistencial, el Médico que la diagnostique entregará de manera inmediata la historia clínica correspondiente al director de la entidad o a quien haga sus veces, dado que por constituir un elemento de prueba en el ámbito jurisdiccional debe ser preservada y custodiada como tal. (DECRETO 786 DE 1990 ARTÍCULO 8 PARÁGRAFO 1. 2. Respectiva institución de salud o de la red de servicios de la entidad a la cual se encuentre afiliado, podrá certificar su muerte Artículo 18 de la ley 9 de 1979, artículo 7 del decreto 1171 de 1997. 3. El certificado de defunción permite a la funeraria movilizar el cuerpo sin vida a su sede. “Solo una ambulancia que esté realizando maniobras de reanimación o un carro fúnebre puede trasladar el cuerpo sin vida. La normatividad vigente no permite a un vehículo particular movilizar el cuerpo”. 4. Cuando se trate de muertes en el domicilio, el cuerpo debe ser trasladado por funeraria u otra autoridad competente al servicio de Atención de Urgencias para inspección clínica del cadáver por parte del personal médico y posterior certificación. 5. “El registro civil de defunción reemplaza a la cédula de ciudadanía. Es el documento legal que le sirve a la familia del fallecido para los trámites de reclamaciones, sucesiones, auxilios de ley y funerarios, de sustitución de la pensión o asuntos bancarios”. <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria; el reporte de fallas de la atención es obligatorio.</p>			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo:		Documento Original:		Disposición final:	

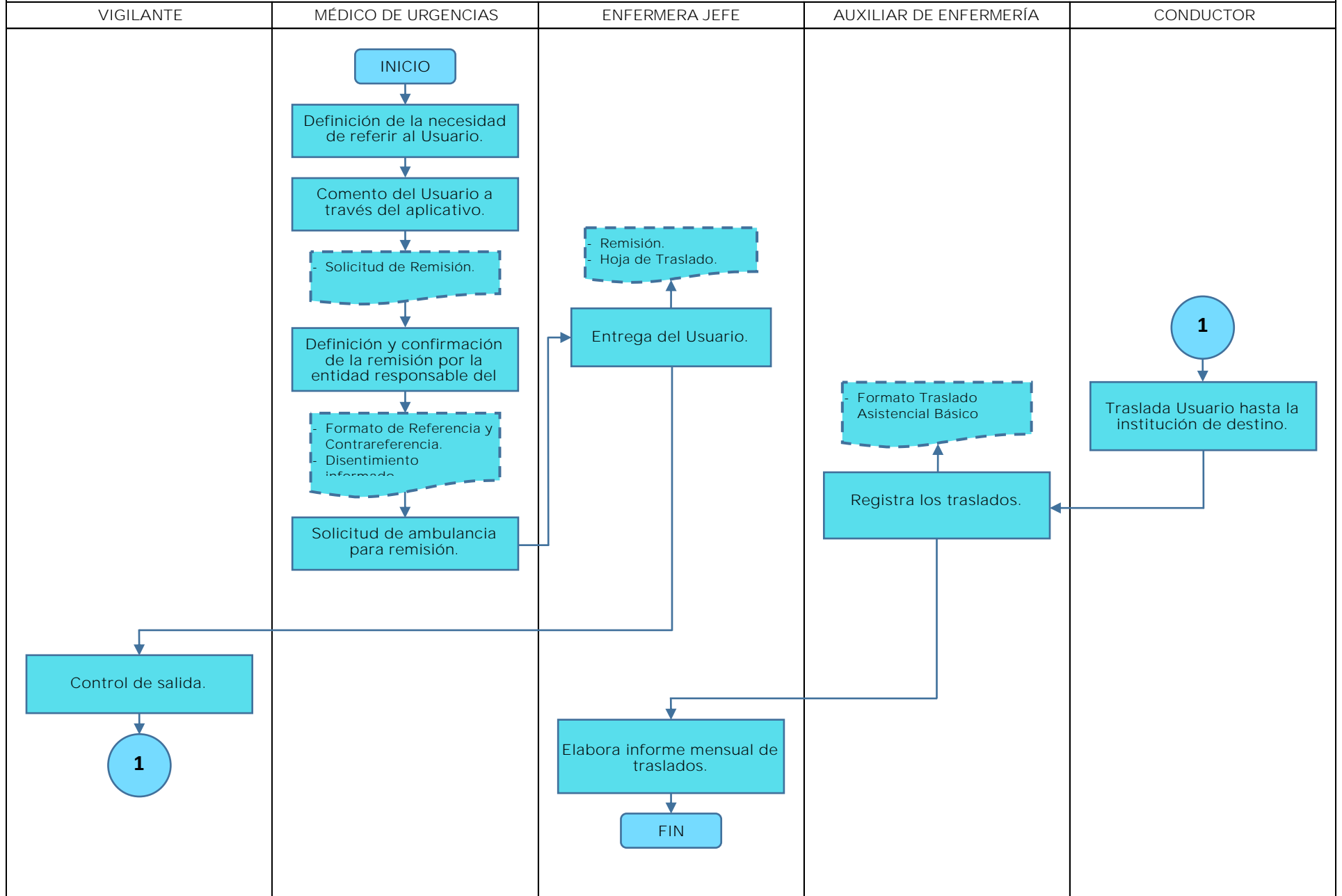
RESPONSABLE




	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - UR	ATENCIÓN DE URGENCIAS	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Traslado Asistencial Básico			PD-UR-05	2
OBJETIVO	Realizar el traslado de los Usuarios, a las instituciones de salud donde sean aceptados para atender su estabilización y/o continuidad de su tratamiento; mediante un servicio integral que genere condiciones de oportunidad, seguridad, comodidad y de calidad y de acuerdo a la normatividad vigente.					
RESPONSABLE	Médico, Enfermera Jefe, Aux de Enfermería, Auxiliar Clínico.					
ENTRADAS	Usuario (Con necesidad de traslado), Remisión, Historia clínica, Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención.					
PROVEEDORES	Procesos Misionales, EPSS, Procesos de Apoyo.					
SALIDAS	Usuario (Trasladado), Hoja de Traslado, Remisión, Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención.					
CLIENTE	Otros Procesos Misionales, IPSs de Referencia, Procesos de Apoyo, Familiares de Usuario, Seguridad del Paciente.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Definición de la necesidad de referir al Usuario.	Médico	Define de acuerdo a las guías, protocolos de atención y según la situación de salud del Usuario, la necesidad de remisión.	Guías de Manejo, Historia Clínica.	Clintos	
2	Comento del Usuario a través del aplicativo.	Médico	Comenta al Usuario a través del aplicativo correspondiente o telefónicamente en caso de no disponibilidad del sistema y diligencia formato de remisión manual (cuando sea necesario).	Historia Clínica (Cuando lo amerite), Solicitud de Remisión.	Clintos, CRUE	
3	Definición y confirmación de la remisión por la entidad responsable del pago.	Médico y Enfermera Jefe	Una vez que la entidad responsable del pago o el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), confirme a través de un correo electrónico la IPS receptora; Se define la remisión y traslado en ambulancia a otros niveles de complejidad u otra UPSS de la E.S.E. VIDASINÚ.	Formato de Referencia y Contrareferencia, Disentimiento informado para referencias a mayor complejidad; Anexos 3 de la Res. 3047 de 2008 (Para Evento).		
4	Solicitud de ambulancia para remisión.	Médico y Enfermera Jefe	Solicita a nivel interno, el Servicio de Transporte Asistencial de Ambulancia Básico (TAB), para remitir al Usuario a otro nivel de complejidad. Cuando se requiera de Servicios de Transporte Asistencial de Ambulancia Medicalizado (TAM), éste se gestionará a través de la EPS pertinente, ya que no se cuenta con este servicio en nuestra institución. Por otro lado, se suministrarán datos tal como: diagnóstico, edad, sexo y tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Documentos de Identificación, Carnet EPS, Historia Clínica.		
5	Entrega del Usuario.	Enfermera Jefe	Le hace entrega del Usuario a la Auxiliar de Enfermería de la Ambulancia, según Protocolo de Identificación Inequivoca de Pacientes; con indicaciones y la remisión para su traslado a la IPS de destino.	Remisión, Hoja de Traslado, Ayudas Diagnosticas, Soportes Paraclínicos.	CRUE	

6	Traslado del Usuario a la institución de destino.	Conductor - Aux de Enfermería (Ambulancia)	Traslada al Usuario en el menor tiempo posible a la institución de destino; Por otro lado, la Aux de Enfermería realiza la valoración y el acompañamiento durante el traslado; finalmente, se entrega Usuario realizando la identificación cruzada del mismo (por quien entrega y quien recibe) y se registra el nombre de la persona que lo recibe, según lo establecido en el Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes.	Formato Traslado Asistencial Básico.	
7	Registro de traslados.	Aux de enfermería (Ambulancia)	Registra los traslados en el formato de traslado y en el libro de remisiones.	Libro de remisiones, Formato Traslado Asistencial Básico.	
9	Elaboración del informe mensual de traslados.	Enfermera Jefe	Elabora y envía a la subdirección Científica, el informe mensual de traslados; de acuerdo a la información contenida en el libro de remisiones.	Libro de Remisiones	
OBSERVACIONES		<p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El reporte de incidentes y eventos adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de Seguridad del Paciente establecido por la E.S.E. VIDASINÚ. 2. La Enfermera Jefe o Aux de Enfermería, debe notificar oportunamente a la farmacia, para que el Regente o Aux de Farmacia, haga la reposición inmediata de los medicamentos y dispositivos médicos utilizados; de esta forma estar preparados para una futura urgencia. 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo:		Documento Original:		Disposición final:	

RESPONSABLE



3.2.2. PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 2
	MACROPROCESO MISIONAL —CÓDIGO: MP - MS PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN - CÓDIGO: PR - HO	Resolución de Aprobación:

OBJETIVO: Brindar a nuestros Usuarios de Hospitalización, una atención bajo un enfoque de servicio humanizado, seguro y oportuno; a fin de mejorar, la calidad de los mismos.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Prescripción de Hospitalización o de Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad del Usuario
	TERMINA: Diagnóstico y definición de conducta a seguir, Egreso hospitalario de Usuario con tratamiento ambulatorio, citas de seguimiento, remisión a niveles de mayor complejidad.
	COVERTURA: Transversal a todos los procesos misionales.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
Atención de Urgencias. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Facturación. Proveedor externo de alimentación y lavandería. EPSs, Entes Territoriales y Particulares. Entidades de	Usuario estabilizado, con conducta médica definida. Prescripción Médica - HO. Historia clínica. Resultados de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.		Usuario con conducta médica definida y estabilizado. Familia de Usuario debidamente educada e informada. Cadáver. Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención.	Familiares del Usuario. IPSs de Referencia. EPSs, Entes Territoriales y Particulares. Procesos de Apoyo. Seguridad del paciente. Salud Pública.


PLANEAR	HACER
Identificación de necesidades y Previsión de los recursos necesarios para la prestación de un servicio de Atención integral, enfocado en el bienestar del Usuario y su familia.	Ingresar Usuario a Hospitalización.
Establecimiento de protocolos y guías de atención de patologías, en el personal asistencial.	Orientar y educar a Usuarios y familiares.
Stock de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico.	Prestar al Usuario un servicio integral en Hospitalización.
Disponibilidad de camas para Hospitalización.	Prestar al Usuario y recién nacido un servicio integral en Hospitalización obstétrica de baja complejidad.
Programación de turnos del personal asistencial.	Diligenciar la Historia clínica y demás registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes en la atención a los Usuarios.
Entrenamiento continuo del personal.	Reportar las fallas en la atención.
	Revista Médica.
	Referencia y contrareferencia.
	Egreso de Usuarios del servicio Hospitalización.
	Traslado asistencial básico.
	Manejo de cadáveres.
	Notificar enfermedades de salud pública a entes competentes.

VERIFICAR		ACTUAR	
Satisfacción del Usuario.		Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora, frente a oportunidades de mejora y/o fallas en la atención.	
Evolución del Usuario.			
Diagnóstico y Cumplimiento de Prescripciones Médicas.		Reestandarización de procedimiento.	
Correcta identificación y ubicación de Usuarios.		Ajuste al tratamiento.	
Administración de medicamentos.			
Cumplimiento de guías y protocolos de atención.			
Correcto diligenciamiento de las Historias clínicas y demás registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes en la atención de los Usuarios.			
Adherencia a normas de bioseguridad.			
Inventario de carro de paro.			
Comportamiento de los indicadores.			
Causas de las fallas en la atención.			
Remisión de Usuarios.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-HO-01	Ingreso a Hospitalización y Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad.	2.0	
PD-HO-02	Atención Hospitalaria y Atención del Parto.	2.0	
PD-HO-03	Atención y egreso de posparto.	2.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
Adherencia a guías de manejo y protocolos de atención. Satisfacción del Usuario Vigilancia de eventos adversos Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas Infección intrahospitalaria Promedio día estancia y Giro cama Reconciliación de medicamentos Diligenciamiento del con el consentimiento informado para los procedimientos que lo requieran. Verificar la actualización de las Prescripciones Médicas. Brindar las instrucciones sobre los cuidados y plan de tratamiento.	Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de las Tecnologías de la informática y las comunicaciones, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Ambiental.	HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras. TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos biomédicos; Equipos y elementos de cómputo, Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación.	Guías de Manejo- CIE10; Historia Clínica; Código de Ética Y código de Buen Gobierno; Normas Técnicas, Guías de Manejo y Protocolos de atención, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Manual y Normas de Bioseguridad, PGIRHS, Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Manual de Referencia y Contrareferencia, Manual de la Calidad; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Lineamientos del IDSN, Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009		MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, decreto 2423 de 1996, Resolución 1995 de 1999, Resolución412 del 2000, Ley 715 de 2001, Decreto 2200 de 2005, Decreto 1011 de 2006, Resolución1441 de 2013yreglamentarios, Decreto 2330 de 2006, Acuerdo415 de2009 CNSSS, Acuerdo 029 de 2011CRES, Acuerdo 030de 2012 CRES, Ley 1438 de2011. Resolución 123 IAMI, (Ley 1441 de 2013)	4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE REGISTROS 5.2. ENFOQUE AL CLIENTE 5.3. POLITICA DE CALIDAD 6.GESTION DE LOS RECURSOS 6.2. TALENTO HUMANO 6.3. INFRAESTRUCTURA 7.1. PLANIFICACIÓN DE LA PRODUCCION O PRESTACIÓN DEL SERVICIO 7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO 7.5. PRODUCCION Y PRESTACIÓNDELSERVICIO 8.MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA		(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN • COMPONENTE TALENTO HUMANO: - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: - Políticas de Administración del Riesgo.

		- Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: - Plan de Mejoramiento.
INDICADORES:		
CÓDIGO	NOMBRE	
I.HO.1	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	
I.HO.2	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	
I.HO.3	Tasa de Infección Intrahospitalaria	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS		RESPONSABLES
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.		Subdirector Científico, Coordinador Médico, Líder de Proceso.
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.
Cargo:	Cargo:	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de calidad	Disposición final: Archivo Histórico

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - HO	HOSPITALIZACIÓN	VERSIÓN	2
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Anamnesis:	Exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio; para identificar personalmente al usuario, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.					
Calidad de la atención de salud:	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los Usuarios (as) (as) individuales colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos Usuarios (as) (as).					
Calidad-Accesibilidad:	Es la posibilidad que tiene el Usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					
Calidad-Oportunidad:	Es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que ponga en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.					
Calidad-Seguridad:	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.					
Calidad-Pertinencia:	Es el grado en el cual los Usuarios (as) (as) obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.					
Calidad-Continuidad:	Es el grado en el cual los Usuarios (as) reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.					
Contrareferencia:	La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del Usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al Usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.					
Dieta:	Control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma un paciente, generalmente con un fin específico.					
Egreso hospitalario:	Es el retiro de los servicios de Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad, ya sea vivo o fallecido, de un Usuario que ha ocupado una cama del servicio de Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad. Cuando el Usuario se retira vivo del hospital corresponde a una ALTA y ésta puede ser por Prescripción Médica, retiro por propia voluntad, traslado a otra institución, etc. Si el Usuario fallece mientras está hospitalizado corresponde a un egreso por fallecimiento.					
EPS:	Las EPS-S (Empresas Promotoras de Salud), son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.					
Fallas en la Atención:	Es la deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Las fallas son por definición no intencionales.					
Fórmula médica:	Documento normalizado por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al Usuario para su dispensación por parte del servicio farmacéutico.					
Historia Clínica:	Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del Usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del Usuario o en los casos previstos por la ley.					
Hospitalizar:	Internar a un Usuario en un servicio hospitalario para adelantar el tratamiento médico que requiera hasta la definición de su conducta.					
Incidente:	Evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un usuario que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención y bajo otras circunstancias pudo constituirse en un evento adverso.					
Ingreso:	Es la aceptación formal de un Usuario por el servicio de Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad de baja complejidad para su atención médica, su observación, tratamiento y recuperación. Todo ingreso al servicio involucra la ocupación de una cama hospitalaria y la mantención de una historia clínica para el registro de todas las atenciones otorgadas.					
IPS:	IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud), Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.					
Medicamentos:	Un medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industria lo clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes					

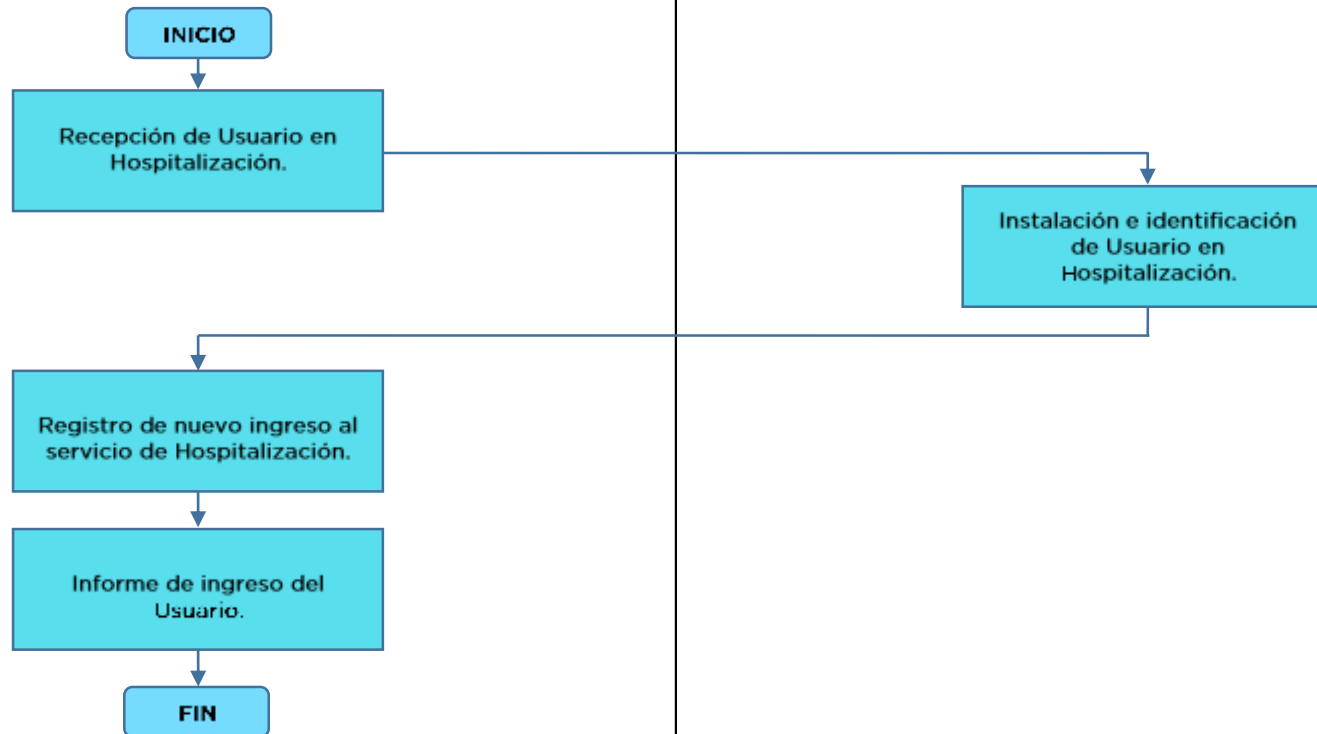
	con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.
Prescripción Médica:	Es un documento escrito donde el médico prescribe servicios y/o tratamientos para el Usuario; según su diagnóstico.
Procedimiento:	Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
Reconciliación Medicamentosa:	Procedimiento en el cual se consulta al paciente y su familia, acerca de los medicamentos que se le están suministrando.
Referencia y contrareferencia:	<p>Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.</p> <p>La referencia es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.</p> <p>La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.</p>
Remisión:	Este procedimiento permite el envío de Usuarios de un nivel a otro dotado de mayor complejidad para completar el diagnóstico o realizar el tratamiento y la devolución de Usuarios al nivel original con indicaciones específicas sobre el diagnóstico, el tratamiento y otras medidas que deban adoptarse.
Riesgo:	Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
Seguridad del Paciente:	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - HO	HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Ingreso a Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad			PD-HO-01	2
OBJETIVO	Ingresar a nuestros Usuarios al servicio de Hospitalización (Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad), ofreciéndoles una atención integral y humanizada, mediante la ejecución de procesos efectivos que maximicen la oportunidad de servicio.					
RESPONSABLE	Médico de Hospitalización, Enfermera Jefe.					
ENTRADAS	Usuario (Con necesidad de Hospitalización), Prescripción Médica.					
PROVEEDORES	Atención de Urgencias, Procesos de Apoyo.					
SALIDAS	Usuario ubicado en camilla.					
CLIENTE	Procesos Misionales, Seguridad del paciente, Procesos de Apoyo.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de Usuario en Hospitalización.	Enfermera Jefe - Auxiliar de Enfermería.	<p>Verifica la disponibilidad de cama acorde a las necesidades del Usuario. Si no hay disponibilidad en el servicio: solicita y asigna cama con los jefes de servicio de las demás sedes. La historia clínica debe estar completa; se verifica que, dentro de la historia clínica exista la Prescripciones Médicas de Hospitalización.</p> <p>Se recibe en Hospitalización al Usuario que es remitido de observación de Atención de Urgencias. Cuando el Usuario está consciente, debe saludarlo y presentarse, Informar a este y a su acompañante sobre las condiciones de la estancia en Hospitalización en lo que respecta a la atención y cuidado, así como sus derechos, deberes y las normas internas del servicio.</p> <p>Cuando haya lugar informar sobre aspectos administrativos como tarifas si aplica y documentación requerida para su ingreso. (Otra información según observaciones).</p>			
2	Instalación e identificación de Usuario en Hospitalización.	Auxiliar de Enfermería.	<p>Asigna cama en Hospitalización y revisa que esté libre de elementos que representen un riesgo para el Usuario y el personal de salud. Si es necesario debe ayudar al Usuario en su acomodación y aseo.</p> <p>Diligencia el tablero de identificación y anota observaciones; en casos particulares como discapacidades o alergias conocidas.</p>			
3	Registro de nuevo ingreso al servicio de Hospitalización.	Enfermera Jefe - Auxiliar de Enfermería	Diligencia los datos del Usuario en el Censo de Usuarios de facturación, a través de SOINFOS.		SOINFOS	
4	Informe de ingreso del Usuario.	Enfermera Jefe - Auxiliar de Enfermería	Informa oportunamente al médico de turno del servicio, sobre el ingreso del Usuario.			
OBSERVACIONES	En casos de Usuarios (as) que requieren técnicas especiales de aislamiento, estas deben realizarse de acuerdo a guías de manejo y protocolos de atención.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico		

RESPONSABLE

ENFERMERA JEFE

AUX DE ENFERMERÍA



		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - HO	HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Atención Hospitalaria y Atención del Parto			PD-HO-02	2
OBJETIVO	Prestar a nuestros Usuarios servicios de salud hospitalarios de primer nivel de atención, a fin de alcanzar el restablecimiento y mantenimiento de su salud, con planes de tratamientos y cuidados acordes a sus necesidades; bajo parámetros de humanización, seguridad y oportunidad.						
RESPONSABLE	Médico, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería.						
ENTRADAS	Usuario Ingresado, Prescripción Médica, Historia Clínica, Resultados de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.						
PROVEEDORES	Procesos Misionales, Procesos de Apoyo, Proveedor externo de alimentación y lavandería.						
SALIDAS	Usuario (Estabilizado, con conducta médica definida y educado), Boleta de Salida, Remisión, Cadáver o Mortinato, Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención, Reporte de fallas de la atención y Notificación de eventos de salud pública.						
CLIENTE	Otros Procesos Misionales, Procesos de Apoyo, Familiares de Usuario, IPSs de Referencia, Entidades de vigilancia – Control, Seguridad del Paciente, Salud Pública.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Preparación del Usuario para la atención y el tratamiento.	Médico	<p>Se inicia con la comunicación con el Usuario hospitalizado, saludándole y presentándose, para generar confianza y tranquilidad, se le informa a cerca de quien es el médico a cargo durante el turno en curso.</p> <p>Se prepara al Usuario para la atención y tratamiento en Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad, según guías de manejo y protocolos de atención.</p>				
2	Valoración Médica.	Médico	<p>Realiza la Anamnesis (Interrogatorio al Usuario por parte del médico), de manera rápida y efectiva; según guías de manejo y protocolos de atención.</p> <p>Se realiza reconciliación medicamentosa. El médico verifica en la historia clínica los medicamentos que el Usuario se encuentre ingiriendo, así mismo indaga sobre medicamentos ingeridos por prescripción médica o aquellos sin receta (automedicados); toda la información se registra en la historia clínica.</p> <p>La reconciliación medicamentosa se realiza con el fin de: determinar la administración de medicamentos, evaluar resultados y prevenir errores y reacciones adversas. De esta manera, se contribuye a la seguridad al Usuario.</p> <p>Estudia el cuerpo del Usuario haciendo una valoración física (Cefalocaudal), a través de métodos efectivos tal como: la Inspección, Palpación, Auscultación, Percusión, etc., para establecer una impresión clínica o diagnóstico.</p>		Historia Clínica	Clintos	
3	Emisión del diagnóstico y Diseño del Plan de Tratamiento y Prescripciones Médicas.	Médico, Enfermera Jefe	<p>Emite el diagnóstico y planea el tratamiento en Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad; según Guías de Manejo y Protocolos de Atención de acuerdo a las necesidades del Usuario.</p> <p>Determina y ordena si es necesario practicarle al Usuario algún procedimiento; así que, se carga en el aplicativo toda la información correspondiente a la historia clínica, Prescripciones médicas para las ayudas diagnósticas (Lab - RX) y medicamentos en donde conciernen estos.</p> <p>Se le informa al Usuario o familiares a cerca del diagnóstico actual, los procedimientos a los que debe ser sometido durante su estancia en Hospitalización u Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad, indicándole los riesgos, complicaciones y beneficios de los mismos. Así mismo, se le indica los riesgos del no tratamiento; de manera que tengan bases para poder tomar su decisión.</p>		Prescripción Médica, Solicitud de exámenes de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica; Historia Clínica.	Clintos - Baxlab	

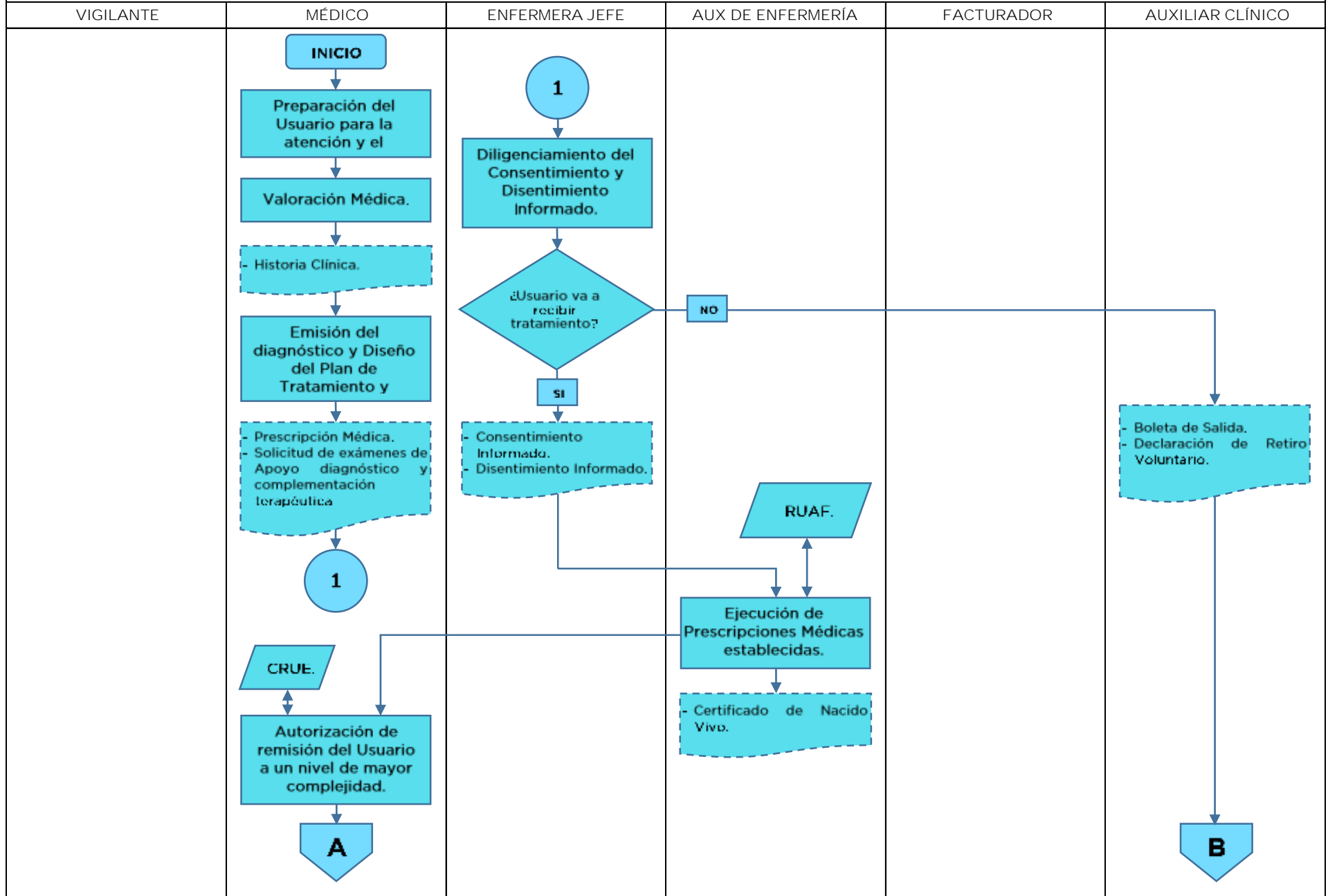
4	Diligenciamiento del Consentimiento y Disentimiento Informado.	Enfermera Jefe	<p>Se diligencia como corresponda el Consentimiento Informado o Disentimiento Informado (Retiro voluntario).</p> <p>¿<i>Usuario va a recibir tratamiento?</i></p> <p><i>Sí:</i> Pasar a la Actividad N°5.</p> <p><i>No:</i> Saltar a la Actividad N°9.</p>	Consentimiento Informado, Disentimiento Informado; Historia Clínica.	
5	Ejecución de Prescripciones Médicas establecidas.	Enfermera Jefe, Aux de Enfermería	<p>Inicia la ejecución inmediata y cabal cumplimiento de las Prescripciones Médicas y del Plan de Tratamiento prescrito, asumiendo con responsabilidad y calidad el cuidado del Usuario. Así mismo, se deben mantener actualizados los registros asistenciales del Usuario.</p> <p>Para la atención de Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad brindada a gestantes, se debe dar aplicabilidad a Guías de Atención, Protocolos, Normas Técnicas y Manuales, de la siguiente forma:</p> <p><i>Atención del primer periodo del parto (Dilatación y Borramiento).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le explica a la gestante y acompañante la situación y el plan de trabajo. - Se evalúa el progreso del trabajo de parto mediante: <ul style="list-style-type: none"> • la medición de los cambios en el borramiento y la dilatación del cuello uterino durante la fase latente. • La medición de la tasa de dilatación del cuello uterino y del descenso fetal durante la fase activa. • La evaluación del descenso fetal adicional durante el segundo periodo. - Se le toman los signos vitales a la madre 1 Vez/hora: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca. • Tensión arterial. • Frecuencia respiratoria. - Se hace partograma a todas las gestantes al inicio de la fase activa del trabajo de parto. Evaluando la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y realizando los registros respectivos; según la Guía de Diligenciamiento de Partograma. - Se ausculta intermitentemente la fetocardia en reposo y postcontracción. - Se realiza el tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Si las membranas están rotas, se debe restringir el número de exámenes vaginales. - Al alcanzar una estación de (+2), la gestante debe trasladarse a la sala de partos para ser atendida por el médico y asistida por el personal de enfermería. <p><i>Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es importante hacer el contacto visual y verbal con la gestante, para disminuir su ansiedad. Así mismo, se vigila atentamente la fetocardia. - Se evalúa el estado de las membranas: <ul style="list-style-type: none"> • Si se encuentran integra, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. • Si el líquido amniótico se encuentra meconiado. 	Prescripción Médica, Certificado de Nacido Vivo, Historia Clínica, Kardex.	Clintos, RUAF.

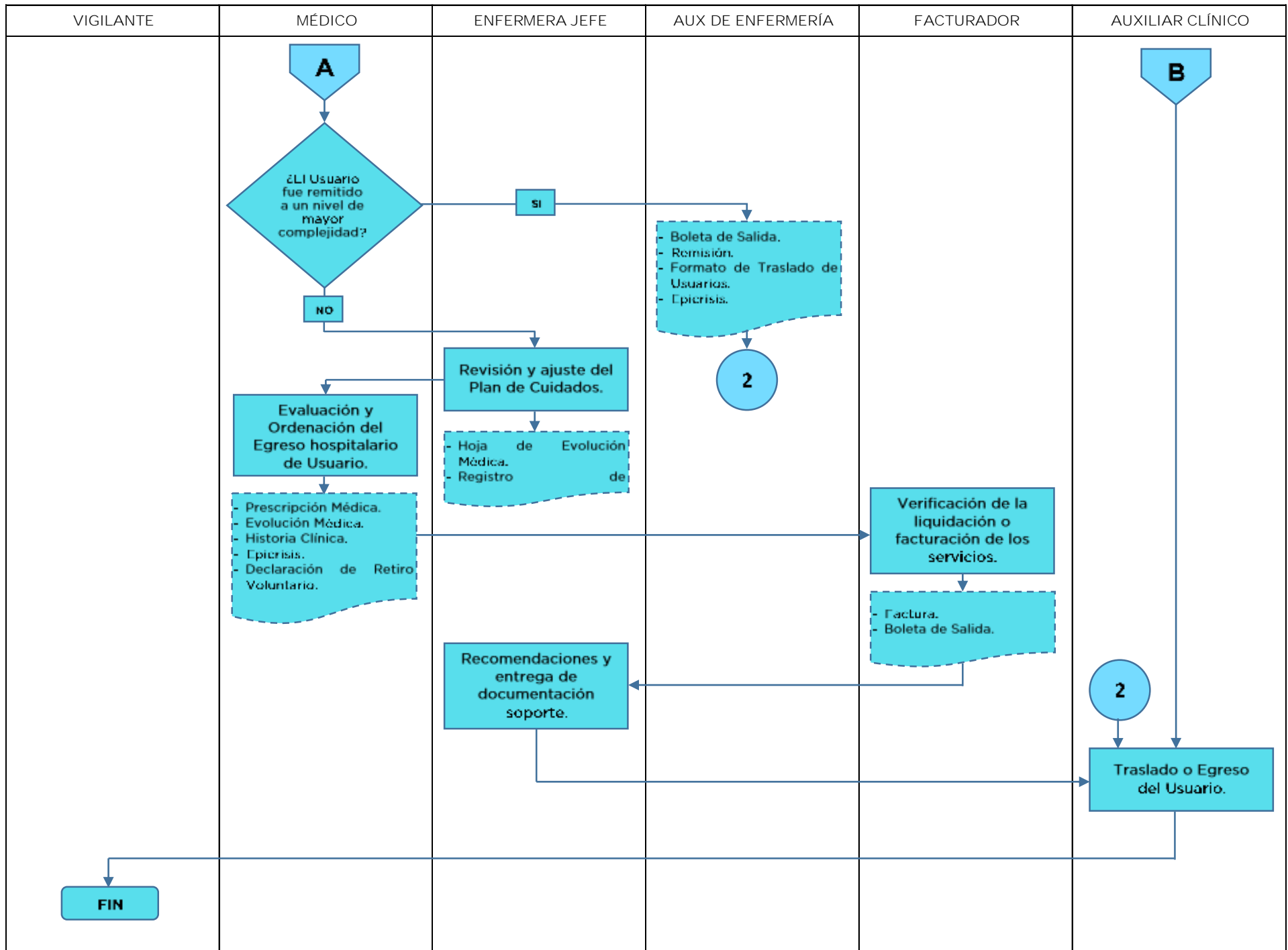
			<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar y decidir conducta. <ul style="list-style-type: none"> - El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones. - Se realiza la atención de parto expulsivo y la atención del recién nacido; de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. <p><i>Nota:</i> En caso de mortinato, se envía con la placenta a patología, y se le brinda apoyo psicológico permanente a la madre.</p> <p style="text-align: center;"><i>Atención del alumbramiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza manejo activo del alumbramiento, utilizando de forma rutinaria oxitócicos profilácticos. - Se sutura los desgarros de cuello y/o perineales o la episiotomía en forma anatómica por planos sin dejar espacios muertos o hemorragia activa. - Se diligencia la Historia Clínica de la materna y del recién nacido, el Certificado de Nacido Vivo y se ingresa a RUAF (instructivo para ingreso RUAF) y el carné materno. 		
6	Autorización de remisión del Usuario a un nivel de mayor complejidad.	Médico	<p>En caso de que el Usuario (Para Hospitalización) o la materna y/o recién nacido (Para Hospitalización Obstétrica de Baja Complejidad), requieran de remisión a un nivel de mayor complejidad, se remite teniendo en cuenta lo establecido por el Manual de Referencia y Contrareferencia y las Guías de Manejo de Urgencias. Además, se les orienta al Usuario, a su acompañante o familiares, acerca de los procedimientos a seguir; explicándoles, sobre la necesidad de contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento (remisión).</p> <p><i>¿El Usuario fue remitido a un nivel de mayor complejidad?</i></p> <p><i>Sí:</i> Saltar a la Actividad N°9.</p> <p><i>No:</i> Pasar a la Actividad N°7.</p>	Remisión, Boleta de Salida, Formato de Traslado de Usuarios, Epicrisis; Historia Clínica.	Clintos, CRUE.
7	Revisión y ajuste del Plan de Cuidados.	Enfermera Jefe, Aux de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Previamente, se verifica la identificación del Usuario y la correspondencia con las Prescripciones Médicas. - Se revisa las Prescripciones Médicas y se actualiza la ejecución del Plan de Cuidados, de acuerdo a las nuevas instrucciones; si es pertinente. - Se diligencia el formato de Solicitud de Dietas, para gestionar la solicitud de alimentos con el proveedor. - Se administran los medicamentos, verificando anticipadamente que éstos, correspondan a los formulados. - Se registran las notas de enfermería, tal como, Recibo y entrega de turnos y todos los procedimientos realizados en la jornada. - Se hacen los registros pertinentes en la Historia Clínica. 	Hoja de evolución médica, Registro de Medicamentos; Historia Clínica, Kardex, Guías de manejo y protocolos de atención.	Clintos


8	Evaluación y Ordenación del Egreso hospitalario de Usuario.	Médico, Aux de Enfermería, Auxiliar Clínico	<p>Hace una evaluación y determina la necesidad de dar el Egreso hospitalario al usuario por mejoría. Luego, registra en la Prescripción Médica la orden de Egreso hospitalario del mismo; según sea el caso, dando indicaciones a la IPS a la que será remitida, si es pertinente.</p> <p>Se revisa y actualiza las Prescripciones Médicas de acuerdo a las nuevas necesidades para después del egreso; según guías de manejo y protocolos de atención.</p> <p>Se diligencian los formatos pertinentes, en medio magnético y/o físico, para anexarlos a Historia Clínica y se le informa a la Enfermera Jefe y familiares, sobre el estado actual de la salud del Usuario.</p>	Prescripción Médica, Evolución médica, Historia Clínica, Epicrisis, Declaración de Retiro Voluntario.	Clintos
9	Verificación de la liquidación o facturación de los servicios.	Facturador, Aux de Enfermería.	<p>Se verifica que todos los procedimientos realizados (medicamentos, laboratorios, imágenes diagnósticas, entre otros.) tengan sus respectivos soportes. Finalmente, entregan la boleta de salida del usuario.</p> <p>La Aux de enfermería confirma en facturación, que los servicios de Hospitalización y otros servicios prestados al usuario, han sido facturados acorde a la nota de cargo.</p>	Factura, Boleta de Salida.	
10	Recomendaciones y entrega de documentación soporte.	Médico, Enfermera Jefe	<p>Se deben dar recomendaciones al Usuario y su familia (cuando aplique), acerca de cómo se deben realizar los cuidados en casa, como identificar signos de alarma, como acceder a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad.</p> <p>Así mismo, se educa a los usuarios y familias en lo que respecta al tratamiento que le es entregado, incluyendo las instrucciones de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, cuando aplique.</p> <p>Se Indican los trámites pertinentes, para cuando deba volver a valoración en Consulta Externa.</p> <p>Finalmente, se verifica la comprensión de toda la información entregada al Usuario, a través de preguntas dirigidas a este; al mismo tiempo se entrega la documentación soporte.</p>	Boleta de Salida, Prescripción Médica, Recomendaciones, Epicrisis, Incapacidad, Certificado de Nacido Vivo.	
11	Traslado o Egreso del Usuario.	Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Clínico	El Usuario, egresa del servicio de Atención Hospitalaria y Atención del Parto, según conducta definida. El Auxiliar Clínico, portando la boleta de salida, debe trasladar y acompañar al Usuario hasta su egreso; para generar tranquilidad y seguridad; según protocolos de traslado intrahospitalario del Usuario y de control de caídas.	Remisión, Boleta de Salida.	
OBSERVACIONES	<p>4. Se deben notificar todos los eventos de interés en salud pública.</p> <p>5. ADMINISTRACIONDEMEDICAMENTOS: Para la administración de medicamentos en Hospitalización de baja complejidad, el Auxiliar de Enfermería debe recoger los medicamentos según Prescripción Médica, prepararlos medicamentos según guías de atención, protocolos y normas técnicas. La administración de los medicamentos se debe realizar teniendo en cuenta las siguientes reglas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar el medicamento correcto; - Administrar el medicamento al Usuario indicado; - Administrar la dosis correcta; - Administrar el medicamento a la hora correcta; - Administrar el medicamento por la vía correcta; - Registrar todos los medicamentos administrados; - Informar o instruir al Usuario sobre los medicamentos que recibió; - Observar reacciones a los medicamentos e informar y registrar si se presentan. <p>6. CAMBIO DE TURNO: Se debe recibir y entregar turno según Protocolo de Entrega y Recibo de Turno, a la hora reglamentada y ubicándose en el sitio de turno respectivo. Registrar en el formato de entrega de turno los datos década Usuario, darla información precisa, veraz y soportada en el plan de</p>				

	<p>cuidado de enfermería y en la hoja de registros, aclarando las situaciones importantes para cada Usuario. Firmar el formato de entrega de turno por quién entrega y quien recibe los turnos. Aplica para Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería.</p> <p>7. SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de Seguridad del Paciente; establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p> <p>8. INFORMACION GENERAL USUARIO Y SU FAMILIA: Informar al Usuario y su familia sobre los siguientes aspectos: Personal que puede contactar en caso de necesidades de atención o preocupación por los niveles de calidad. Horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación. Responsabilidad de la familia y acompañantes sobre el cuidado de sus pertenencias personales y las instalaciones e inmobiliario del servicio. Los Usuarios (as) solo deben contar con elementos básicos requeridos para su atención.</p> <p>9. CONSENTIMIENTO PARAPROYECTOS DE INVESTIGACION: Se debe obtener un consentimiento especial del Usuario, cuando cúmplalos requisitos para hacer parteo se le solicita participar en un proyecto de investigación. En este caso se debe explicar el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del Usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p> <p>10. LAS GESTANTES QUIENES NO ESTÁN EN TRABAJO DE PARTO: deben recibir información del médico, con instrucciones de egreso, signos de alarma y ser citadas a control previa verificación de bienestar fetal. Se debe salvaguardar siempre el acceso fácil de los Usuarios al servicio de salud, para brindarle una atención rápida y oportuna. Verificar comprensión de la educación y hacer seguimiento de la evolución vía telefónica por parte del personal de enfermería.</p>	
<p>ELABORÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p>REVISÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p>APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.</p> <p>Cargo: Gerente.</p>
<p>Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años</p>	<p>Documento Original: Oficina de Calidad</p>	<p>Disposición final: Archivo Histórico</p>

RESPONSABLE



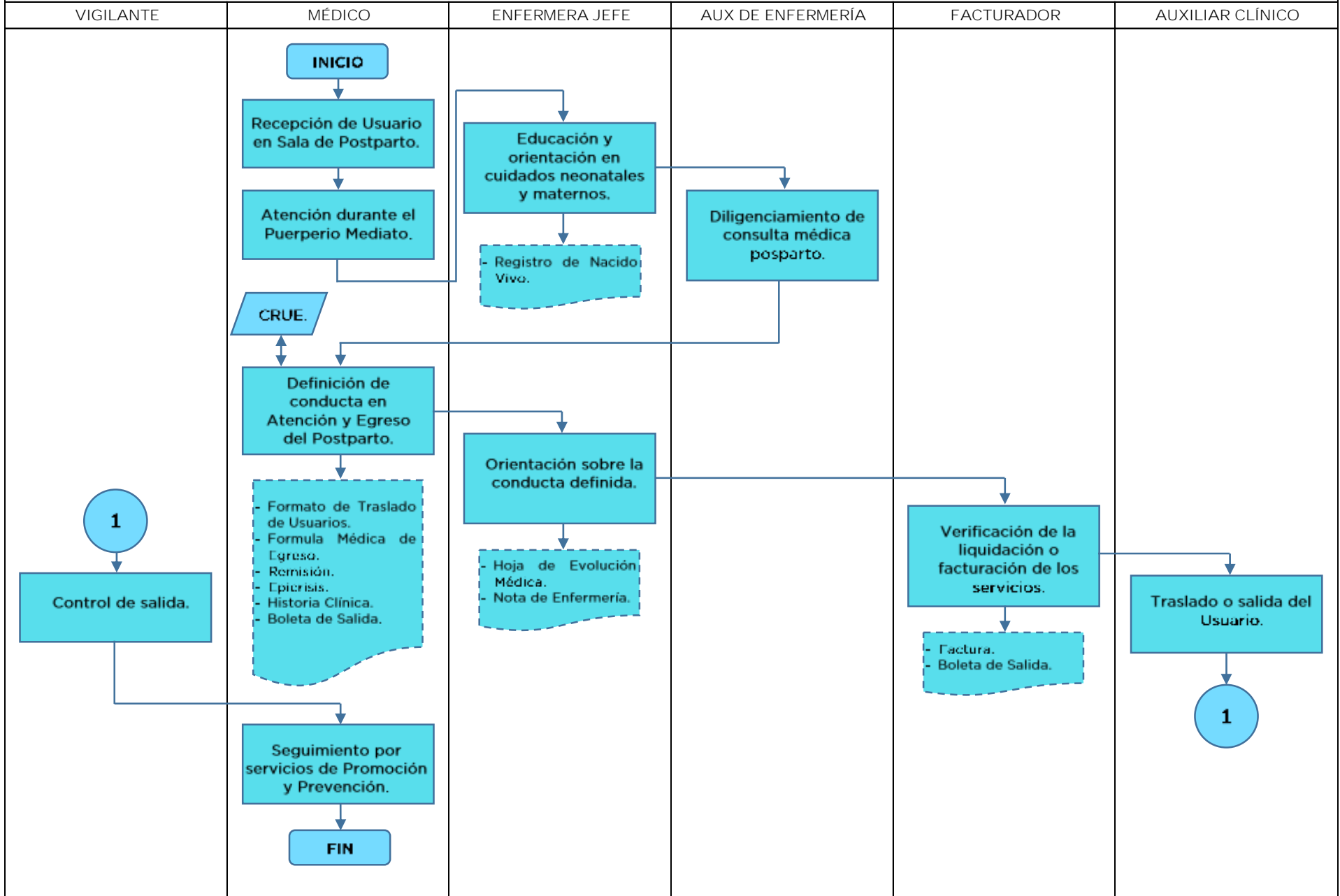


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - HO	HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Atención y Egreso del Postparto			PD-HO-03	2
OBJETIVO	Ofrecer una atención en salud oportuno e integral a la gestantes y recién nacidos que ingresan al servicio de Atención del Postparto, con pertinencia, seguridad, definición de la conducta adecuada y con adherencia a los programas de PYP del binomio Madre - Hijo, educándolas a cerca de sus cuidados y los del recién nacido.						
RESPONSABLE	Médico, Enfermera Jefe y Aux de Enfermería.						
ENTRADAS	Usuaría (Con necesidad de Atención Postparto), Historia Clínica, Prescripciones Médicas.						
PROVEEDORES	Procesos Misionales, Procesos de Apoyo.						
SALIDAS	Usuaría Atendida (Con conducta médica definida y educado), Historia Clínica, Registro de Nacido Vivo, Boleta de Salida, Remisión, Cadáver o Mortinato, Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención, Reporte de fallas de la atención y Notificación de eventos de salud pública.						
CLIENTE	Otros Procesos Misionales, Procesos de Apoyo, Familiares de Usuario, IPSs de Referencia, Entidades de vigilancia - Control, Seguridad del Paciente, Salud Pública.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción de Usuario en Sala de Postparto.	Médico - Enfermera Jefe	Se recibe al Usuario y al recién nacido en sala de postpartos. El personal debe saludar de manera cordial y presentarse si las circunstancias lo permiten.	Historia Clínica, Notas de Enfermería.			
2	Atención durante el Puerperio Mediato	Médico - Enfermera Jefe	<p>Este período comprende desde las 2 primeras horas hasta las 24 horas de postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La involución uterina y el aspecto de los loquios. - Detección tempranamente las complicaciones y alteraciones en la salud de la madre y del recién nacido. - Alimentación adecuada a la madre y lactancia materna exclusiva al recién nacido. - Deambulación temprana. 	Historia Clínica, Notas de Enfermería	Clintos		
3	Educación y orientación en cuidados neonatales y maternos.	Médico, Enfermera Jefe, Aux de Enfermería	<p>Se educa a la materna y/o familiares mediante la estrategia IAMI, con el propósito de favorecer el vínculo afectivo entre el nuevo ser y sus padres y promover la autoestima y autocuidado como factor protector contra la violencia intrafamiliar; buscando así, el mejor comienzo de vida para el neonato y que este sobreviva y se desarrolle satisfactoriamente.</p> <p>Así mismo, se orienta a la materna acerca de los cuidados que debe tener con su neonato y consigo misma, para ello se le enseña acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido. - La importancia de la lactancia materna exclusiva, la forma correctamente de amamantar y las técnicas para mantener una lactancia exitosa; incluso, en caso de separación forzosa. - La adecuada alimentación para la madre. - Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. - La alimentación y cuidado en niños con condiciones especiales. 	Registro de Nacido Vivo, Historia Clínica, Notas de Enfermería.			


			<ul style="list-style-type: none"> - Planificación familiar. - Promover la importancia del Registro Civil de Nacimiento. - Las citas de control de recién nacido y puerperio. - Vacunación pertinente. <p>Finalmente se diligencia el Registro de Nacido Vivo.</p> <p>Nota: Realizar la actividad según norma técnica, guías de manejo y protocolos.</p>		
4	Diligenciamiento de consulta médica posparto.	Médico, Enfermera Jefe, Aux de Enfermería	Se apoya en los trámites, para programar la consulta médica posparto del recién nacido; como máximo en las 72 horas siguientes del nacimiento. Así mismo se apoya en la remisión al control de crecimiento y desarrollo y a los grupos comunitarios de apoyo.	Historia Clínica, Notas de Enfermería	Clintos
5	Definición de conducta en Atención y Egreso del Postparto.	Médico	<p>Antes de las primeras 6 horas se debe definir conducta del Usuario para el egreso de Atención y Egreso del Postparto, durante la revaloración y seguimiento médico, estableciendo el destino al cual se enviará el Usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta Mejoría: El Usuario tiene mejoría del cuadro clínico: le da salida con manejo en servicios Ambulatorios. - Hospitalización: El Usuario puede tener o no mejoría del cuadro clínico; pero su patología requiere manejo en baja complejidad en un tiempo mayor a 6 horas. Se debe solicitar la disponibilidad de cama con la enfermera jefe del servicio. - Traslado a Mayor Complejidad: El Usuario puede tener o no mejoría del cuadro clínico, pero de acuerdo a los criterios de la patología requiere manejo en mediana o alta complejidad. Se debe solicitar traslado acorde al Manual de Referencia y Contrareferencia de la E.S.E. VIDASINÚ. - Fallece: Cuando el Usuario no tiene mejoría del cuadro clínico y pese a las acciones realizadas por el equipo de salud fallece en la institución. <p>Al definir la conducta se debe notificar a facturación, para que se realicen tramites o autorizaciones pertinentes.</p>	Hoja de Traslado, Formula Médica de Egreso, Remisión, Epicrisis; Manual de referencia y contrareferencia.	Clintos y CRUE
6	Orientación sobre la conducta definida.	Médico, Enfermera Jefe, Aux de Enfermería	Se le brinda orientación al Usuario, a su acompañante o a sus familiares, sobre las actividades pertinentes a la conducta definida.	Hoja de Evolución Médica, Nota de Enfermería.	Clintos
7	Verificación de la liquidación o facturación de los servicios.	Facturador	Se verifica que todos los procedimientos realizados (medicamentos, laboratorios, imágenes diagnósticas, entre otros.) tengan sus respectivos soportes; para efectos de facturación. Finalmente, entregan la boleta de salida del Usuario.	Factura, Boleta de Salida.	
8	Traslado o salida del Usuario.	Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Clínico	<p>El Usuario, egresa del servicio de Atención y Egreso del Postparto según conducta definida. El Auxiliar Clínico, portando la boleta de salida, debe trasladar y acompañar al usuario hasta que este egrese del servicio; para generar tranquilidad y seguridad; según protocolos de traslado intrahospitalario del Usuario y de control de caídas.</p> <p>La Auxiliar de Enfermería entrega en facturación los registros clínicos realizados del Usuario.</p>	Remisión, Boleta de Salida.	
9	Seguimiento por servicios de Promoción y Prevención	Médico, enfermera y auxiliar de	Se realiza el seguimiento ambulatorio pertinente, según proceso de atención en Promoción y Prevención.	Historia Clínica	

		enfermería		
OBSERVACIONES	La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto. EVENTOS ADVERSOS: El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse en los formatos establecidos al interior de la empresa.			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico

RESPONSABLE



3.2.3. PROCESO DE CONSULTA EXTERNA:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 2
	MACROPROCESO MISIONAL - CÓDIGO: MP - MS PROCESO DE CONSULTA EXTERNA - CÓDIGO: PR - CE	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Brindar servicios de salud ambulatorios garantizando la calidad y seguridad del paciente, con una atención humanizada y confidencial, a fin de asegurar el restablecimiento de su salud a través de la definición de una conducta adecuada.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Agenda de Citas, Solicitud del servicio, Demanda inducida.
	TERMINA: Diagnóstico y definición de conducta a seguir, remisión a otros servicios o a niveles de mayor complejidad.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
OTROS PROCESOS MISIONALES, PROCESOS DIRECTIVOS Y PROCESOS DE APOYO, USUARIOS, EPS, CONTRATANTES DE SERVICIOS, ENTIDADES DE VIGILANCIA - CONTROL Y DEMAS PARTES INTERESADAS.	Usuarios y acudientes, Contratación vigente, Lineamientos en salud pública, Solicitud de servicio, demanda inducida, Factura, Historia Clínica, Orden de procedimientos y/o apoyo Dx, Consentimiento informado, Prescripción médica, Resultados de exámenes requeridos, Interconsulta Referencias y Contrareferencia.		Usuario (a) atendido (a) en los servicios ambulatorios, con conducta médica definida, debidamente informado junto con su acompañante si es el caso. Tratamientos, órdenes médicas y plan de cuidados. Canalización efectiva del Usuario a otros servicios. Notificación de eventos adversos. Formatos y registros diligenciados, Acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Otros procesos misionales, procesos directivos y estratégicos, procesos de apoyo, usuarios, EPS, contratantes de servicios, entidades de vigilancia - control y demás partes interesadas.


PLANEAR	HACER
Orientar desde el direccionamiento estratégico un enfoque de atención centrada en la Seguridad del Usuario, y un modelo de operación por procesos documentado el anuales de procesos y procedimientos, soportado con protocolos, instructivos, guías y formatos según la jerarquía documental adoptada.	Atender a los usuarios conforme a la Agenda de Citas que corresponda.
Planificar la oferta de servicios conforme a las necesidades de la población y a la contratación de servicios.	Consulta Médica General.
Prever el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios en la prestación del servicio.	Consulta Odontológica.
Despliegue de conocimiento, entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continua.	Consulta de Psicología.
	Atención extramural y visita domiciliaria.
	Información y educación al Usuario(a).
	Diligenciamiento correcto de registros.
VERIFICAR	ACTUAR
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
Satisfacción del Usuario.	Mejoramiento Continuo.
Comportamiento de los indicadores.	
Gestión de eventos adversos.	
Adherencia a guías de manejo y protocolos de atención.	

PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-CE-01	Consulta Médica General.	2.0	
PD-CE-02	Consulta Odontológica.	2.0	
PD-CE-03	Consulta de Psicología.	2.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Adherencia a guías de manejo y protocolos de atención</p> <p>Satisfacción del Usuario</p> <p>Gestión de Eventos Adversos.</p> <p>Correcto y completo diligenciamiento de la Historia Clínica.</p> <p>Verificar que exista el consentimiento informado para los procedimientos que lo requieran.</p> <p>Verificar las condiciones requeridas para la aplicación de vacunas. Productividad.</p> <p>Brindar las instrucciones sobre los cuidados y plan de tratamiento.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de las TIC, Gestión de Recursos Físicos, Atención al ciudadano, Gestión ambiental, Gestión documental y de comunicaciones.</p>	<p>HUMANOS: Personal con competencias y habilidades necesarias para cumplir a cabalidad el objetivo.</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades.</p> <p>FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras.</p> <p>TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos biomédicos; Equipos y elementos de cómputo, Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación.</p>	<p>Guías de Manejo - CIE 10; Historia Clínica; Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Normas Técnicas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Manual y Normas de Bioseguridad, PGIRHS Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Manual de la Calidad; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Lineamientos del IDSN, Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.</p>
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Resolución 1995 de 1999, Resolución 412 del 2000, Ley 715 de 2001, Decreto 2200 de 2005, Decreto 1011 de 2006, Resolución 1441 de 2013 y reglamentarios, Decreto 2330 de 2006, Acuerdo 415 de 2009 CNSSS, Acuerdo 008 de 2009 CRES, Acuerdo 1011 de 2009 CRES, Ley 1438 de 2011, Acuerdo 029 de 2011 CRES.</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>4.2.4. CONTROL DE REGISTROS</p> <p>5.2. ENFOQUE AL CLIENTE</p> <p>5.3. POLITICA DE CALIDAD</p> <p>6. GESTION DE LOS RECURSOS</p> <p>6.2. TALENTO HUMANO</p> <p>6.3. INFRAESTRUCTURA</p> <p>7.1. PLANIFICACIÓN DE LA PRODUCCION O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p> <p>7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</p> <p>7.3. DISEÑO Y DESARROLLO</p> <p>7.5. PRODUCCION Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p> <p>8. MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
1.1.1.	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General.		
1.1.2.	Porcentaje de Cumplimiento de Diligenciamiento de Historias Clínicas.		

1.1.3.	Tasa de Satisfacción En Consulta Externa Medica.	
1.1.4.	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General.	
1.1.5.	Porcentaje de Cumplimiento de Diligenciamiento de Historias Clínicas.	
1.1.6.	Tasa de Satisfacción En Consulta Externa Odontología.	
1.1.7.	Oportunidad en la atención en consulta de psicología.	
1.1.8.	Oportunidad en la atención en consulta de nutrición.	
1.1.9.	Porcentaje de Eventos Adversos Gestionados.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS		RESPONSABLES
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.		Subdirección científica; Líderes de Proceso.
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.
Cargo:	Cargo:	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Diseposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CE	CONSULTA EXTERNA	VERSIÓN	2
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Atención de salud:	Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.					
Atención extramural:	Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos programables dirigidos a la colectividad tanto en la zona urbana como rural. Son realizadas por médico general, odontólogo, auxiliar de odontología, auxiliar de enfermería o vacunador, higienista oral acorde a las acciones programadas y necesidades de los usuarios. Entrega de medicamentos. Educación para la prevención.					
Ayudas diagnósticas:	Procedimientos de laboratorio clínico o imagenología que busca confirmar o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión.					
Calidad de la atención de salud:	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.					
Calidad - Accesibilidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					
Calidad - Oportunidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.					
Calidad - Seguridad:	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.					
Calidad - Pertinencia:	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.					
Calidad - Continuidad:	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.					
Citas:	Encuentro previamente acordado entre dos o más personas en una fecha, hora y lugar determinados.					
Contrareferencia:	La contra referencia es el procedimiento por el cual un paciente que inicialmente fue enviado de otra institución dentro de la red es regresado a la institución de primer contacto o tratante de origen donde reside el usuario.					
Evento adverso:	Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.					
Fórmula médica:	Documento normalizado por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del servicio farmacéutico.					
Historia Clínica:	Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.					
Medicamentos de Control Especial:	Es el preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos de control especial, catalogados como tal en las convenciones de estupefacientes, precursores y psicotrópicos, o por el Gobierno Nacional, con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica definida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.					
Medicamentos:	Un medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.					
Prevención de la enfermedad:	Conjunto de acciones realizadas para evitar que el daño o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.					
Promoción de la salud:	Conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social incrementen el control de, y mejoren, su propia salud. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable.					

Remisión:	Este procedimiento permite el envío de pacientes de un nivel a otro dotado de mayor complejidad para completar el diagnóstico o realizar el tratamiento y la devolución del paciente al nivel original con indicaciones específicas sobre el diagnóstico, el tratamiento y otras medidas que deban adoptarse.
Soinfos:	Sistema de información para operaciones en salud.


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - CE	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Consulta Médica General.			PD-CE-01	2
OBJETIVO	Atender integral y oportunamente al usuario que requiera el servicio de consulta médica general para la preservación o restauración de la salud, con calidad, efectividad, y garantizando su seguridad, según los lineamientos establecidos en los protocolos, guías de atención y normas técnicas.						
RESPONSABLE	Médico.						
ENTRADAS	Agenda de citas, historias clínicas, resultados de exámenes. Guías de manejo y/o protocolos de atención.						
PROVEEDORES	Usuarios - Procesos Misionales.						
SALIDAS	Usuario atendido en consulta médica, diagnóstico, plan de tratamiento, ordenes médicas, remisiones, anexos.						
CLIENTE	Usuarios - Procesos Misionales.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Asignación de citas acorde a la agenda de citas y prepara historias clínicas	Auxiliar de enfermería, Médico, Auxiliar de Historias Clínicas.	El facturador recibe al usuario; verifica los derechos de usuario; acorde a esto direcciona y consulta en Soinfos anota al paciente en la agenda de citas generada para el profesional con fecha, la Imprime y Los Auxiliares de Archivo de Historias Clínicas deben consultar la Agenda de Citas y preparar las historias clínicas requeridas para la atención y entregarlas al Auxiliar de enfermería.	Agenda de citas, Historias clínicas.	Soinfos/Agendas/Citas		
2	Ingreso del Usuario al Servicio.	Facturador, Usuario	El facturador debe orientar a los usuarios a su llegada para que confirmen los servicios que fueron agendados. Se informa que una vez haya confirmado, debe esperar a ser llamado al consultorio médico.	Agenda de citas	Soinfos/ Facturación		
3	Atender al Usuario en preconsulta.	Auxiliar de enfermería	Llamar al Usuario por el nombre, en orden de agenda de citas para atención de preconsulta, saludarlo y presentarse. Tomar los signos vitales, según guías de atención y protocolos, registrar en la historia clínica en el sistema. Aplica para los Usuarios de programas de Promoción y Prevención.	Historia Clínica, guías de manejo y protocolos de atención.	Historia Clínica		
4	Recibir al Usuario e iniciar Consulta Médica	Médico	El médico debe llamar al Usuario por el nombre, en orden de agenda de citas, recibirlo en el consultorio, saludarlo y presentarse. Solicitar el documento de identificación y elaborar la historia Clínica. Preguntar al Usuario su situación y escuchar sus inquietudes. Diligenciar en la Historia Clínica.	Historia Clínica	Historia Clínica		
5	Realizar el examen físico, según guías de manejo y protocolos de atención.	Médico	Realizar examen físico para identificar los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo. Registrar en la Historia Clínica. Tratar de acuerdo a guías y protocolos de manejo.	Historia Clínica, guías de manejo y protocolos de atención.	Historia Clínica		
6	Realizar la reconciliación de medicamentos	Médico	El médico debe verificar en la Historia Clínica los medicamentos que el paciente se encuentre ingiriendo, además debe preguntarle sobre medicamentos que ingiere por orden médica o aquellos automedicados. La reconciliación medicamentosa es para determinar la administración de medicamentos, evaluar resultados y prevenir errores y reacciones Adversas, garantizando seguridad al paciente. Registrar en Historia Clínica.	Historia Clínica, guías de manejo y protocolos de atención.	Historia Clínica		

7	Emitir el diagnóstico, diseñar el plan de tratamiento y órdenes médicas con fundamento en las guías de manejo y protocolos de atención.	Médico - Enfermera	<p>Emitir el diagnóstico del Paciente, planear el tratamiento según guías de manejo y protocolos de atención de acuerdo a las necesidades del Usuario. Ordenar según corresponda los procedimientos, laboratorios clínicos, tratamientos, ayudas diagnósticas y tratamiento farmacológico. Diligenciar La Historia Clínica en forma completa.</p> <p>La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.</p> <p>Elaborar anexos y epicrisis en casos que amerite.</p> <p>Si el paciente amerita ser remitido a un nivel de mayor complejidad, se debe remitir aplicando el formato de Referencia y Contrareferencia, y relacionar en el listado ubicado en el consultorio de todos los usuarios que refiere; debe explicar al Usuario sobre la necesidad de contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.</p> <p>Informar al Usuario o sus familiares sobre el diagnóstico actual y en detalle el contenido del plan de tratamiento, los efectos esperados.</p>	Historia Clínica, Guías de Atención en Salud, Protocolos, órdenes médicas, Manual de referencia y contrareferencia.	Historia Clínica
8	Consulta Médica - Información, recomendaciones y orientaciones al Usuario sobre el motivo de su consulta.	Médico	<p>El médico debe explicar y dar información básica al paciente (y su familia cuando lo amerite) del resultado de su atención. Se debe informar el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma, su diagnóstico, el esquema terapéutico, plan de cuidados y los medicamentos que se prescriben.</p> <p>Se debe dar información puntual sobre medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos y severos para que el Usuario pueda identificar signos y síntomas tempranos, las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos; informar sobre los auto cuidados y cuidados en casa; los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos (cuando se presenten).</p> <p>Informar al Usuario cuando en casos específicos por resultados de exámenes se debe realizar una cita de control. Verificar la comprensión por parte del Usuario, pidiendo que repita las recomendaciones dadas, para constatar que son comprensibles. Orientar al Usuario para que pase a Post Consulta.</p>		
9	Realizar post consulta para todas las consultas médicas	Auxiliar de enfermería	<p>Recibir al Usuario, brindar educación y recomendaciones sobre el tratamiento, medicamentos y remisión a programas u otros niveles. Cuando se presenten órdenes para exámenes de laboratorio clínico y/o apoyo diagnóstico se debe orientar sobre la preparación previa a la toma de la muestra y/o la forma de tomar las muestras cuando sean en casa, según guías y protocolos correspondientes. Si es posible tomar la muestra o examen en el mismo momento y lugar de atención se informa al Usuario. Verificar que el Usuario ha entendido las recomendaciones, a través de preguntas o que repita las instrucciones dadas.</p> <p>Orientar al Usuario sobre la ubicación de las áreas de la IPS en las cuales debe ser atendido.</p> <p>Registrar post consulta en notas de enfermería.</p>	Historia Clínica. Instructivo de recomendaciones (Laboratorio Clínico)	Historia Clínica/ Notas de enfermería

10	Salida del Usuario	Usuario	El Paciente egresa del servicio de consulta médica y se dirige al área que corresponda según las ordenes, bien sea farmacia, laboratorio clínico, atención al usuario u otras.	Ordenes médicas, ordenes de apoyos diagnósticos, formula médica (otros)	
OBSERVACIONES	<p>IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:</p> <p>6. Los formatos de Historia deben ser diligenciados en su totalidad en medio físico.</p> <p>7. El auxiliar de Enfermería el responsable de solicitarlas en Archivo de Historias Clínicas, diligenciar el libro de custodia, y devolverlas con las nuevas hojas diligenciadas al terminar la atención.</p> <p>8. El seguimiento al completo diligenciamiento de la Historia Clínica conforme a las normas y guías de atención, será verificado mediante Auditorías de pertinencia y adherencia a Guías y Protocolos.</p> <p>9. Cuando se requiera, en casos de violencia intrafamiliar o procedimientos invasivos, se debe hacer firmar el consentimiento y/o disentimiento informado al Usuario, previas explicaciones de las actividades que se adelantarán.</p> <p>10. Cuando un Usuario o paciente pueda participar en proyectos de investigación en salud u otras, se le deberá informar verbalmente y por escrito, para lo cual el Usuario o paciente debe firmar una aceptación escrita y explícita.</p> <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - CE	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Consulta Odontológica			PD-CE-02	2
OBJETIVO	Atender integral y oportunamente a nuestros Usuarios en el servicio de consulta odontológica con calidad y efectividad, para mantener su salud bucodental, tratar, evitar y limitar la enfermedad, garantizando su seguridad, según los lineamientos establecidos en las guías y protocolos odontológicos de atención.						
RESPONSABLE	Odontólogo						
ENTRADAS	Agenda de citas, historias clínicas y registros odontológicos, definición de conductas anteriores, resultados de exámenes anteriores, guías de manejo y/o protocolos de atención.						
PROVEEDORES	Usuarios - Procesos Misionales.						
SALIDAS	Usuario atendido en consulta odontológica, diagnóstico, definición de conducta a seguir, tratamientos terminados, canalización a otros servicios o niveles de complejidad.						
CLIENTE	Usuarios - Procesos Misionales						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Consultar la agenda de citas y preparación de HC	Facturador de la sede y archivo.	El facturador recibe al usuario; verifica los derechos de usuario; acorde a esto direcciona y consulta en Soinfos anota al paciente en la agenda de citas generada para el profesional con fecha, la Imprime y Los Auxiliares de Archivo de Historias Clínicas deben consultar la Agenda de Citas y preparar las historias clínicas requeridas para la atención y entregarlas a la auxiliar de odontología.	Agenda de citas			
2	Ingreso del Usuario al Servicio	Auxiliar de Consultorio Odontológico	Llamar al Usuario por su nombre, saludarlo y presentarse.	Agenda de citas			
3	Recepción del Usuario por el Odontólogo(a) y realización del examen clínico.	Odontólogo(a)	Recibir al Usuario en el servicio odontológico. Solicitar el documento de identificación, si asiste por primera vez se diligencia el registro clínico odontológico. Si el paciente ya tiene historia clínica se verifica si requiere reevaluación. Si no requiere reevaluación se continúa con la atención. Preguntar al Usuario su situación y escuchar sus inquietudes.	Historia Clínica	Soinfos/ Historia clínica / Evolución odontológica		
4	Explicar al Usuario plan de tratamiento odontológico, definir conducta y plan de manejo.	Odontólogo(a)	Explicar al Usuario el propósito del tratamiento y los objetivos de cada visita, así como los posibles riesgos según protocolos, guías de atención y Normas Técnicas. Definir conducta y plan de manejo.	Guías de manejo y protocolos de atención, Normas Técnicas			
5	Inscribir al Usuario en programas según corresponda.	Odontólogo(a) y Auxiliar de Consultorio Odontológico	Inscribir y registrar al Usuario en el programa que corresponda según su grupo etareo, Fluorosis, según corresponda. (La Fluorosis se registra en medio física).	Guías del programa, Control de Actividades de PYP y, Registros de pacientes a Programas.			
6	Formalizar el consentimiento informado o disentimiento por parte del Usuario.	Odontólogo(a)	Informar al Usuario los procedimientos a los que debe ser sometido durante el tratamiento odontológico, indicando los riesgos, complicaciones y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones Informadas. Hacer firmar el consentimiento informado o disentimiento por parte del Usuario y el odontólogo.	Consentimiento Informado o disentimiento.			
7	Realización de procedimientos de Higiene Oral	Según Procedimiento	Se realizan los procedimientos de higiene oral. Según Procedimiento vigente de Atención en Higiene Oral.	Historia clínica/ Evolución odontológica			
8	Realizar la atención odontológica	Odontólogo (a)	Realizar procedimientos odontológicos al Usuario, de acuerdo a los requerimientos registrados en el Odontograma de la Historia Clínica y evolucionar en el Odontograma, con fundamento en las guías de manejo y protocolos de atención. Describir cada fase del tratamiento, Dividir cada	Historia Clínica	Soinfos/ Historia clínica/ Evolución odontológica		

			procedimiento en etapas y señalar cuando ha culminado cada una. Preparar al paciente para cada cambio de sensación antes de que lo experimente.		
9	Diseñar plan de cuidados, generar órdenes diagnósticas o de medicamentos e informar al usuario sobre el tratamiento a seguir y la importancia de la continuidad del mismo.	Odontólogo(a)	El Odontólogo informa al paciente y sus familiares (cuando aplique) sobre el resultado de su atención, la continuidad del tratamiento y los cuidados que debe tener con la salud oral. Cuando se ordene tratamiento farmacológico debe orientarse al Usuario sobre la forma correcta de su administración, así como signos de alarma. En caso de ordenar apoyos diagnósticos informar sobre condiciones de preparación previas a la toma. Cuando se termina el tratamiento se informa al paciente que debe asistir a control en seis meses. Diligenciar historia clínica.	Órdenes, fórmula médica, órdenes de apoyo diagnóstico, Registros Programa Sano y Sano Rehabilitado, Historia clínica.	Soinfos, Historia clínica
10	Generar ordenes internas para facturación	Odontólogo(a)	Seleccionar en Soinfos el plan de administradora al que corresponde el Usuario e ingresar el procedimiento por códigos cups, indicar unidades o cantidades.		Soinfos/ Historia clínica/ Evolución odontológica
11	Salida del Usuario	Usuario	Se orienta el usuario para que solicite una nueva cita, si lo requiere. El Usuario sale del servicio con la debida información. El Paciente egresa del servicio de consulta odontología y se dirige al área que corresponda según las ordenes que le entregue el odontólogo.		
<p>OBSERVACIONES</p> <p>IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> La historia clínica debe ser diligenciada a todo paciente que asista por primera vez a la consulta. En la Atención Odontológica de promoción y prevención extramural, se debe garantizar las condiciones determinadas por el Sistema Único de Habilitación. Todo paciente que asista a la consulta odontológica por primera vez, y que sea menor de un año debe realizársele la educación a la madre y registrarlo en el rips con el código correspondiente. Todo paciente que asista a la consulta odontológica para una actividad de salud oral en edades de 6-12-15-18 se le debe indagar el riesgo de Fluorosis dental y registrar los hallazgos positivos o negativos en la evolución de la historia odontológica. <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p> <p>ADICIONAL: No olvide felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente el procedimiento odontológico.</p>					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - CE	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Consulta de Psicología			PD-CE-03	2
OBJETIVO	Brindar a nuestras Usuaris el servicio de consulta psicológica con calidad y calidez de manera confidencial para contribuir en la disminución de los factores de riesgo psicosociales presentes durante el embarazo.						
RESPONSABLE	Psicóloga						
ENTRADAS	Agenda de citas, historias clínicas, remisión a consulta psicológica, definición de conductas anteriores, referencias y contrareferencia, guías de manejo y/o protocolos de atención.						
PROVEEDORES	Usuarios, familiares - Procesos Misionales						
SALIDAS	Usuario atendido en consulta psicológica, definición de conductas y plan de tratamiento, canalización a otros servicios o niveles de complejidad						
CLIENTE	Usuarios - Procesos Misionales						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Usuaris remitida de consulta de control prenatal	Médico y/o enfermera	Paciente valorada por Médico y /o enfermera que detecta riesgo psicosocial y se ordena valoración por psicología.	Agenda de citas de psicología	Agenda de citas		
2	Ingreso del Usuario al Servicio	Enfermera Jefe, Usuario	El Usuario, según orientaciones de la enfermera jefe debe ingresar a la consulta en la fecha y hora establecida previamente y esperar a ser llamado al Consultorio de Psicología.		SOINFOS / Facturación		
3	Recepción del Usuario por el Psicólogo (a)	Psicólogo (a)	Llamar al Usuario por el nombre, recibirlo en el servicio, saludarlo y presentarse. Solicitar el documento de identificación e iniciar el diligenciamiento de una evolución que describa los hallazgos encontrados y las recomendaciones dadas a la usuaria y/o familiares; la cual se anexa a la Historia Clínica. Si la usuaria ya tiene evolución por psicología se le da continuidad a este registro clínico.	Historia Clínica	Historia Clínica		
4	Recopilar información del Usuario por el Psicólogo (a)	Psicólogo (a)	A través de preguntas y escuchando atentamente al Usuario, se debe especificar el motivo de la consulta para trabajar sobre él y definir los objetivos. Así mismo obtener los datos sobre las condiciones pasadas y actuales potencialmente relevantes, tratando de recomponer la historia con el fin de poder establecer los supuestos del caso.	Historia Clínica	Historia Clínica		
5	Comunicar al Usuario los resultados obtenidos y las recomendaciones como resultado de la atención.	Psicólogo(a)	La comunicación se lleva a cabo a través de un informe verbal o escrito de los resultados obtenidos, en forma comprensible y asertiva. Se debe explicar y dar información básica al paciente (y su acompañante cuando lo amerite) como resultado de su atención. Se debe informar el proceso natural del riesgo que se esté presentando, el estado actual del mismo; informar sobre el manejo de conductas detectadas. Diligenciar Historia Clínica.	Historia Clínica	Historia Clínica		
7	¿Es necesario remitir al Usuario a un nivel de mayor complejidad?	Psicólogo(a)	Si el usuario requiere remisión a un nivel de mayor complejidad, el Psicólogo debe explicar al Usuario la necesidad de contar con una a opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento. Diligenciar los registros de remisión y la Historia Clínica. Si no es necesario remitir se orienta para que solicite la próxima cita.	Historia Clínica. Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia	SOINFOS / Historia Clínica		
8	¿Es necesario canalizar al Usuario a otros servicios de la Empresa?	Psicólogo(a)	Si el usuario requiere canalización a otros servicios de la Empresa o es población objeto de una actividad de protección específica o detección temprana, el Psicólogo debe hacer demanda inducida y explicarle cual es el motivo y orientarlo para que solicite la cita.	Historia Clínica. Manual del Sistema de Referencia y Contra referencia	Historia Clínica		

9	Salida del usuario	Usuario	El usuario egresa del servicio de Psicología con la detección de su caso, la canalización o remisión a otros servicios.		
OBSERVACIONES	<p>IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:</p> <p>1. Se debe tener en cuenta que se puede prestar el servicio de consulta prioritaria dentro de la atención prenatal, los cuales están orientados a atender patologías de baja complejidad que requieren prioridad y libre acceso por los usuarios.</p> <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico	

3.2.4. PROCESO DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1
	MACROPROCESO MISIONAL - CÓDIGO: MP - MS PROCESO DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA - CÓDIGO: PR - PP	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Brindar atención integral en la fase promoción y prevención que permitan mejorar y mantener la salud integral de las familias e individuo, promoviendo estilos de vida saludables a través de del desarrollo de programas y actividades de mantenimiento de la salud, diagnóstico oportuno e identificación de posibles alteraciones en el estado de salud, de acuerdo a los ciclos vitales y/o estado patológico, fomentando el autocuidado y mejorando la calidad de vida.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Demanda inducida, educación incidental y educación colectiva.
	TERMINA: Cita de control, valoración por medicina general, remisión a un procedimiento y/o programa acorde al grupo etareo al cual pertenece el usuario, prescripción de ayudas diagnósticas, tratamiento y/o seguimiento según el caso.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
OTROS PROCESOS MISIONALES, PROCESOS DE ESTRATEGIOS DE DIRECCIONAMIENTO, PROCESOS DE APOYO, USUARIOS, ASEGURADORES O CONTRATANTES DE SERVICIOS, ENTIDADES DE VIGILANCIA - CONTROL Y DEMAS PARTES INTERESADAS	Usuarios y acompañantes, Contratación vigente, Lineamientos en salud pública, Solicitud de servicio, demanda inducida, Historia Clínica, Consentimiento informado, Prescripción médica, Resultados de exámenes requeridos, Interconsultas, Referencias y contrareferencia.		Usuario atendido, debidamente informado, con un plan de tratamiento y cuidados de acuerdo a la normatividad, con demanda inducida, con diagnóstico oportuno. Notificación de eventos adversos. Formatos e historia clínica diligenciados, Orden de procedimientos y/o apoyo Diagnostico. Notificación al SIVIGILA del evento en salud pública según corresponda. Seguimiento acorde a la necesidad. RIPS de actividades de promoción y prevención y/o morbilidad.	PROCESOS MISIONALES, PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, PROCESOS DE APOYO, USUARIOS, ASEGURADORES O CONTRATANTES DE SERVICIOS, ENTIDADES DE VIGILANCIA-CONTROL Y DEMAS PARTES INTERESADAS.


PLANEAR	HACER
Orientar desde el direccionamiento estratégico un enfoque de atención centrada en la Seguridad del Usuario, y un modelo de operación por procesos documentado a través del manual de procesos y procedimientos, soportado con norma técnica, guías de atención, protocolos, instructivos y formatos según la jerarquía documental adoptada.	Fomento de estrategias de captación del usuario a través de la demanda inducida. Asignar a la agenda de médicos las consultas de primera vez para los programas. Agendar las consultas de control y seguimiento con Enfermería. Atención en Salud Oral, a la población mayor de dos años de acuerdo a la necesidad y según concentración.


Los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea, por lo tanto, se deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios: dejando claro en los acuerdos de voluntades la responsabilidad indelegable del aseguramiento por parte de las aseguradoras, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.	Atender a los usuarios en cada uno de los programas por el profesional acorde, (Medico, Enfermera, Odontología, Auxiliar de enfermería, auxiliar en salud oral) conforme a la programación de citas que corresponda y ajustada a las normas técnicas de la resolución 412/00 y sus modificatorias y a las guías de atención a enfermedades de interés en salud pública.	
Planificar la oferta de servicios conforme a las necesidades de la población y a la contratación de servicios.	Aplicación de vacunas sin barreras de acceso según el esquema nacional (PAI). Ordenar ayudas diagnósticas (Laboratorios e imágenes), según lo establecido en las normas técnicas de atención de los programas y/o guía de atención.	
Prever el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios en la prestación del servicio con calidad.	Prescripción médica de tratamientos profilácticos, paliativos y curativos según la norma u guía de atención. Seguimiento de casos acorde a la necesidad.	
Despliegue de conocimiento, entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continuada.	Información y educación al Usuario(a) y sus acompañantes.	
Caracterizar anualmente la población contratada (Bases de datos mes de enero) según variables de sexo y edad, con el fin de determinar la población para cada uno de los programas de protección específica y detección temprana para lograr coberturas del 95% en cada uno de estos.	Diligenciamiento correcto de los formatos e historia clínica de cada programa. Ofrecer servicios conforme a las necesidades de la población real y potencial. Identificación de usuarios inasistentes y reporte mensual al asegurador. Enviar informes mensuales a las aseguradoras de sus afiliados atendidos por enfermedades de interés en salud pública.	
Enfocar la atención de los usuarios en un modelo integral el cual permita una mirada holística del mismo y permitir un acceso sin barreras a los servicios que este requiera.	Registrar todas las actividades de promoción y prevención y salud pública en la estructura de registro por personas de la resolución 4505 de 2012.	
VERIFICAR	ACTUAR	
Evaluación y seguimiento al Proceso	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.	
Informes de productividad y evaluación administrativa de los programas de promoción y prevención y salud pública.	Implementar estrategias para el logro de acciones que no se han alcanzado en el periodo planeado.	
Satisfacción del Usuario	Implementar estrategias para el logro de acciones que no se han alcanzado en el periodo planeado.	
Adherencia normas técnicas y guías de atención		
Revisión de coberturas por programas anualmente		
Revisión resultados de evaluación de actividades	Establecer nuevos compromisos contractuales o ajustar los existentes, acorde al histórico de actividades en el área de promoción, prevención y salud pública.	
Comportamiento de los indicadores		
Gestión de eventos adversos		
Búsqueda activa de inasistentes.	Mejoramiento Continuo	
Verificar el cumplimiento de compromisos contractuales.	Fomentar la documentación de casos según corresponda (evento adverso, SIVIGILA e indicadores).	
Oportunidad y número de casos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA.		
PROCEDIMIENTOS:		
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN
PD-PP-01	Atención Integral en Salud Oral	1.0
PD-PP-02	Consulta de ingreso a programas	1.0
PD-PP-03	Consulta de control por medicina general o Enfermería en promoción, prevención y salud pública.	1.0
PD-PP-04	Aplicación de vacunas	1.0
PD-PP-05	Red de Frio	1.0
PD-PP-06	Atención Integral de Citología	1.0
PD-PP-07	DTA Agudeza Visual	1.0


PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Adherencia a las normas técnica, guías y protocolos de atención Satisfacción del Usuario Gestión de Eventos Adversos. Correcto y completo diligenciamiento de la Historia Clínica. Verificar que exista el consentimiento informado para los procedimientos que lo requieran. Verificar las condiciones requeridas para la aplicación de vacunas. Productividad mediante informes mensuales y trimestrales. Brindar las instrucciones sobre los cuidados y plan de tratamiento. Ordenar ayudas diagnosticas acorde a lo establecido en la norma técnica y guía de atención. Ordenar micronutrientes a la población indicada según la norma técnica. Notificación Obligatoria de eventos de interés en salud pública. Determinar las metas por centro de salud para lograr coberturas al 95% en cada uno de los programas de protección específica y detección temprana.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de las TICs, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Ambiental, Gestión documental y de las comunicaciones, Atención al ciudadano (SIAU), Gestión de recursos físicos.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FISICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades según las normas técnicas y guías de atención. FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras. TECNOLOGICOS: Equipos y elementos biomédicos, Equipos y elementos de cómputo. (Software). INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación según normatividad vigente.</p>	<p>Guías de Manejo - CIE 10; Historia Clínica; Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Normas Técnicas, Guías de atención de los eventos en salud pública y Protocolos de Atención, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Manual y Normas de Bioseguridad, PGIRHS Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Manual de la Calidad; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Lineamientos del IDSN, Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.</p>

REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Acuerdo 117 de 1998, Resolución 1995 de 1999, Resolución 412 del 2000, Ley 715 de 2001, Decreto 2200 de 2005, Ley 1098 de 2006, Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y reglamentarios, Decreto 2330 de 2006, Acuerdo 380 de 2007, Resolución 1973 de 2008, Resolución 0769 de 2008 Acuerdo 415 de 2009 CNSSS, Acuerdo 008 de 2009 CRES, , Acuerdo 011 de 2009 CRES, Acuerdo 029 de 2011 CRES, Ley 1438 de 2011, Resolución 4505 de 2012, resolución 1441 de 2013 .</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE REGISTROS 5.2. ENFOQUE AL CLIENTE 5.3. POLITICA DE CALIDAD 6. GESTION DE LOS RECURSOS 6.2. TALENTO HUMANO 6.3. INFRAESTRUCTURA 7.1. PLANIFICACIÓN DE LA PRODUCCION O PRESTACIÓN DEL SERVICIO 7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO 7.5. PRODUCCION Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO 8. MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN • COMPONENTE TALENTO HUMANO: - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: - Plan de Mejoramiento.</p>


INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
1.1.1.	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	
1.1.2.	Porcentaje de historias clínicas con adherencia optima a la norma técnica de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años	
1.1.3.	Porcentaje de historias clínicas con adherencia optima a la guía de atención en hipertensión arterial.	
1.1.4.	Porcentaje de coberturas de vacunación en terceras dosis de polio y pentavalente en menores de un año	
1.1.5.	Porcentaje de coberturas de vacunación de Sarampión, Rubeola y Parotiditis - Fiebre Amarilla en niños y niñas de 1 año de edad	
1.1.6.	Porcentaje de coberturas por programa de Protección Específica y Detección Temprana según la población objeto	
1.1.7.	Porcentaje de Usuarios Controlados en el programa de hipertensión	
1.1.8.	Porcentaje de citologías positivas	
1.1.9.	Porcentaje de curación en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis	
1.1.10.	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Subdirección Científica; Auditor de P y P; Coordinador de P y P, Dueños de Procedimientos.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.	Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Atención de salud:	Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.					
Calidad de la atención de salud:	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.					
Calidad - Accesibilidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					
Calidad- Oportunidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.					
Calidad- Seguridad:	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.					
Calidad- Pertinencia:	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.					
Calidad- Continuidad:	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.					
Evento adverso:	Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.					
Historia Clínica:	Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.					
Prevención de la enfermedad:	Conjunto de acciones realizadas para evitar que el daño o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.					
Promoción de la salud:	Conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social incrementen el control de, y mejoren, su propia salud. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable.					
Norma Técnica:	Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo - efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y detección temprana.					
Demanda Inducida:	Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.					
Protección Específica:	Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.					
Detección Temprana:	Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.					
Guía de atención:	Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado.					
Salud pública:	Actividades encaminadas a mejorar la salud de la población.					
Consulta de primera vez:	Es el conjunto de actividades mediante las cuales el profesional médico, enfermero u odontólogo, debidamente capacitado, evalúa el estado de salud y los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales de la población objetivo del programa, para detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su salud, y orienta por primera vez a los usuarios, cuidadores o familiares.					

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Consulta de control:	Es el conjunto de actividades realizadas por personal médico, enfermero, odontólogo u auxiliares en enfermería o salud oral, debidamente capacitados, los cuales fueron valorados en la primera consulta, para hacer seguimiento y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento de la vida o en el desarrollo de la enfermedad actual.					
autocuidado:	El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar					
Seguimiento:	Observación minuciosa de la evolución y el desarrollo de un proceso.					
Contrareferencia:	La contra referencia es el procedimiento por el cual un paciente que inicialmente fue enviado de otra institución dentro de la red es regresado a la institución de primer contacto o tratante de origen donde reside el usuario.					
Remisión:	Este procedimiento permite el envío de pacientes de un nivel a otro dotado de mayor complejidad para completar el diagnóstico o realizar el tratamiento y la devolución del paciente al nivel original con indicaciones específicas sobre el diagnóstico, el tratamiento y otras medidas que deban adoptarse.					
Ayudas diagnósticas:	Procedimientos de laboratorio clínico o imagenología que busca confirmar o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión.					
Medicamentos:	Un medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.					


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Atención Integral en Salud Oral			PD-PP- 01	1
OBJETIVO	Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en nuestros Usuarios.						
RESPONSABLE	Odontólogo - Higienista oral.						
ENTRADAS	Solicitud del servicio y remisión actividades de salud oral en los programas de promoción y prevención, norma técnica y/o protocolos de atención.						
PROVEEDORES	Usuarios y acompañantes - Procesos Misionales- EPS-S						
SALIDAS	Usuario atendido en salud oral, tratamientos terminados, definición de conductas, canalización a programas, remisión a otros servicios.						
CLIENTE	Usuarios y acompañantes - Procesos Misionales.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Captar usuarios objeto del programa	Recurso humano de todos los procesos institucionales. Red de apoyo comunitaria	Identificar a nuestros usuarios de dos años en adelante, para captar en el programa de Salud oral a través de los procesos misionales y la red de apoyo de la E.S.E. Vidasinú.	Registro de demanda inducida			
2	Asignación de citas	Higienista oral o Auxiliar de Consultorio Odontológico	El facturador recibe al usuario cordialmente; verifica los derechos de usuario en bases de datos (EPS-Fosyga); acorde a esto direcciona y consulta en Software, anota al paciente en la agenda de citas generada para el profesional con fecha y hora, se Imprime y Los Auxiliares de Archivo de Historias Clínicas deben consultar la Agenda de Citas impresa y preparar las historias clínicas requeridas para la atención y entregarlas al Auxiliar de odontología.	Agenda de citas Control de entrada y salidas de historias clínicas del archivo.	Agenda de citas		
3	Ingreso del Usuario al Servicio	Higienista oral o Auxiliar de Consultorio	Llamar al Usuario por su nombre, saludarlo, presentarse y hacer firmar la agenda de citas.	Agenda de citas	Software /Agenda de citas		
4	Explicar al Usuario los procedimientos de salud oral y registrar el usuario en el RIPS.	Odontólogo(a) y/o Higienista oral	Preguntar al Usuario su edad, a fin de determinar los procedimientos que le aplican. Preguntar al Usuario su situación y escuchar sus inquietudes. Explicar en términos sencillos los procedimientos de Salud Oral que se realizaran en la cita, según Normas Técnicas, Protocolos, Guías de Atención y Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el Usuario. Registrar en el RIPS los datos de identificación del usuario.	RIPS			
5	Realizar el procedimiento de salud Oral.	Odontólogo(a) y/o Higienista oral	Realizar los procedimientos de Salud Oral según edad, frecuencia, según Normas Técnicas, Protocolos, Guías de Atención. Diligenciar evolución de salud oral en Historia Clínica.	Historia Clínica odontológica/formato de control placa(oleary)			
6	Brindar al Usuario educación y recomendaciones sobre salud oral.	Odontólogo(a) y/o Higienista oral	Explicar al usuario el resultado de su atención, los cuidados que debe tener para promocionar su salud oral, y que es el factor más importante para lograr resultados óptimos en tratamientos odontológicos. Asegurarse que el Usuario ha comprendido, pidiendo que repita cuales son los cuidados básicos de su salud oral. De ser necesario repita las instrucciones. Realizar remisiones según corresponda a otros servicios	Registro Clínico de Salud Oral en historia clínica odontológica.			
	Diligenciamiento del RIPS	Odontólogo(a) y/o Higienista oral	Registrar en el RIPS los procedimientos realizados al usuario, teniendo en cuenta la finalidad, la actividad y los códigos CUPS.	RIPS			

7	Informar al usuario sobre la continuidad en el tratamiento odontológico.	Odontólogo(a) y/o Higienista oral	Informar al Usuario que debe continuar con su tratamiento de Odontología.	Formato de demanda inducida	
8	Salida del Usuario	Usuario	Se le orienta al usuario para que solicite una nueva cita si lo requiere. El Usuario y su acompañante salen del servicio con la debida información.		
9	Cargar ordenes internas a facturación	Auxiliar de facturación para los procedimientos de PYP.	Seleccionar en el Software la administradora al que corresponde el Usuario e ingresar el procedimiento por códigos cups, indicar unidades o cantidades.	RIPS	Software / Facturación
OBSERVACIONES	<p>IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente que asista a la consulta odontológica para una actividad de salud oral por primera vez debe abrirse la Historia Clínica odontológica. 2. Todo paciente que asista a la consulta odontológica para una actividad de salud oral por primera vez partir del año de edad debe realizársele un control placa y programar siguiente según edad. 3. Todo paciente que asista a la consulta odontológica para una actividad de salud oral en edades de 6-12-15-18 se le debe indagar el riesgo de fluorosis dental y registrar los hallazgos positivos o negativos en la evolución de odontología. 4. Registrar en la historia clínica las anotaciones necesarias de evaluación del riesgo e intervención de los mismos para cumplir con el registro por persona de la resolución 4505. <p>ADICIONAL: No olvide felicitar al usuario luego de haber finalizado exitosamente el procedimiento de salud oral. Diligencie con letra clara y legible los registros de historia clínica. SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.		Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Consulta de Ingreso a Programas de Promoción, Prevención y Salud Pública.			PD-PP-02	1
OBJETIVO	Atender integral y oportunamente al usuario que requiera el servicio para la preservación o restauración de la salud, con calidad, efectividad, y garantizando su seguridad, según los lineamientos establecidos en los protocolos, guías de atención y normas técnicas.						
RESPONSABLE	Médico o enfermera.						
ENTRADAS	Agenda de citas, historias clínicas, normas técnicas guías de manejo y/o protocolos de atención.						
PROVEEDORES	Usuarios - Procesos Misionales						
SALIDAS	Usuario ingresado a programas de promoción y prevención, salud pública plan de intervenciones, ordenes médicas, remisiones.						
CLIENTE	Usuarios - Procesos Misionales						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Captación del usuario para programas de promoción, prevención y salud pública.	Recurso humano de todos los procesos institucionales. Red de apoyo comunitaria, EPS-S contratadas.	Captación del usuario para programas de promoción y prevención, a través de la demanda inducida, educación incidental y colectiva en consulta externa, urgencias, hospitalización y, comunidad en los programas especiales de acuerdo con la edad, condiciones fisiológicas y/o estados patológicos.	Registro de demanda inducida, Boleta de remisión.			
2	Asignación de citas.	Facturador, Auxiliar de enfermería, Auxiliar de Archivo de Historias Clínicas	El facturador recibe al usuario cordialmente; verifica los derechos de usuario en bases de datos (EPS-Fosyga); acorde a esto direcciona y consulta disponibilidad de citas en el horario escogido por el usuario, anota al paciente en la agenda de citas generada para el profesional con fecha y hora, se Imprime. Los Auxiliares de Archivo de Historias Clínicas deben consultar la Agenda de Citas impresa y preparar las historias clínicas requeridas para la atención y entregarlas al profesional que corresponda.	Agenda de citas, Historia Clínica, Registro de entrada y salida de historias clínicas.	SOFTWARE/Agenda de citas		
3	Informar al Usuario sobre requisitos para el Ingreso al Servicio	Auxiliar de SIAU, Usuario	El personal de SIAU debe orientar a los Usuarios a su llegada para que facturen los servicios que fueron agendados, con el fin de que se activen en el sistema de información los campos requeridos para su atención. Se informa que una vez haya facturado, debe esperar a ser llamado al consultorio médico. (El Usuario factura el servicio y espera su turno).				
4	Recibir al Usuario e iniciar Consulta Médica de ingreso a programas y apertura de historia clínica.	Médico - Enfermera	El médico debe llamar al Usuario por el nombre, y en orden de agenda de citas, recibirlo en el consultorio, saludarlo y presentarse. Solicitar el documento de identificación y otros documentos necesarios según el programa, diligenciar Historia Clínica y el RIPS correspondiente. Preguntar al Usuario su situación y escuchar sus inquietudes, evaluar condiciones para el ingreso al programa de promoción y prevención. Abrir la Historia Clínica específica según el programa que se esté atendiendo. (Diligenciar en la historia clínica todos los ítems de identificación del usuario requeridos según el programa)	Historia Clínica del programa que se esté atendiendo.			


5	Anamnesis	Médico - Enfermera	Indagar sobre antecedentes personales y familiares de importancia con el fin de descartar posibles riesgos en los usuarios. Revisión por sistemas completa donde se identifique las manifestaciones del usuario y se relación con el diagnóstico.	Historia Clínica del programa que se esté atendiendo/ evolución.	
6	Realizar el examen físico e identificación de riesgos, según guías de manejo, normas técnicas y protocolos de atención.	Médico - Enfermera	Realizar examen físico céfalo-caudal y toma de signos vitales y medidas antropométricas para identificar los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo. Identificar riesgos reales y potenciales de acuerdo con la condición propia de cada usuario. Interpretación y análisis de curvas en las normas técnicas que así lo requieran. Registrar en la Historia Clínica de acuerdo a guías y protocolos de manejo (Normas técnicas y Guías de atención Resolución 412/2000).	Historia Clínica del programa que se esté atendiendo/ evolución.	
7	Emitir el diagnóstico, diseñar el plan de intervenciones, con fundamento en las guías de manejo y protocolos de atención. (Normas técnicas y Guías de atención Resolución 412/2000).	Médico - Enfermera	Emitir el diagnóstico del Paciente, Identificar plan de intervenciones de acuerdo a guías y protocolos y acorde a las necesidades del Usuario. Diligenciar la Historia Clínica en forma completa. Informar al Usuario o sus familiares sobre el diagnóstico actual y en detalle el contenido del plan de intervenciones y los efectos esperados.	Historia Clínica, Guías de Atención en Salud, Protocolos, ordenes médicas, Manual de referencia y contrareferencia.	
8	Ordenar ayudas diagnósticas.	Médico - Enfermera	Acorde a la norma técnica y/o guía de atención que se esté aplicando ordenar al usuario imágenes diagnósticas y/o exámenes de laboratorio con el fin de intervenir riesgos específicos, detectar oportunamente alteraciones según la etapa del ciclo vital de la persona, identificar la presencia de enfermedad o realizar seguimiento a la evolución y progresión de la misma.	Historia Clínica, recetario, guías de manejo y protocolos de atención.	
9	Realizar la reconciliación de medicamentos	Médico - Enfermera	El médico debe verificar en la Historia Clínica los medicamentos que el paciente se encuentre ingiriendo, además debe preguntarle sobre medicamentos que ingiere por orden médica o aquellos auto medicados. La reconciliación medicamentosa es para determinar la administración de medicamentos, evaluar resultados y prevenir errores y reacciones adversas, garantizando seguridad al paciente. Formular tratamiento farmacológico (profiláctico, paliativo y curativo), acorde a la norma técnica o guía de salud pública específica para el usuario. La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración en fórmula médica e historia clínica.	Historia Clínica, recetario, guías de manejo y protocolos de atención.	
10	Educación, Información, recomendaciones y orientaciones al Usuario sobre el motivo de su consulta/ elaboración de registros anexos de la historia clínica.	Médico - Enfermera	El médico y/o la enfermera debe educar y dar información básica al paciente (y su familia cuando lo amerite) del resultado de su atención. Se debe informar la condición actual del usuario, su diagnóstico, el esquema terapéutico, plan de intervenciones y los medicamentos que se prescriben (si lo amerita), Se debe dar información puntual sobre medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos y severos para que el Usuario pueda identificar signos y síntomas tempranos, las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos; informar sobre los autocuidados y cuidados en casa; los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos (cuando se presenten). Informar al Usuario sobre la necesidad de realizar citas de control.	Historia Clínica, Guías de Atención en Salud, Protocolos	

			<p>Verificar la comprensión por parte del Usuario, pidiendo que repita las recomendaciones dadas, para constatar que son comprensibles.</p> <p>Cuando se presenten órdenes para exámenes de laboratorio clínico y/o apoyo diagnóstico se debe orientar sobre la preparación previa a la toma de la muestra y/o la forma de tomar las muestras cuando sean en casa.</p> <p>Orientar al usuario de acuerdo a su EPS donde puede realizarse sus exámenes y reclamar su medicamento.</p> <p>Diligenciar carnet correspondiente de acuerdo al programa y recordarle al usuario que debe traerlo a todos sus controles.</p>		
11	Remisión y demanda inducida.	Médico - Enfermera	<p>En concordancia con los hallazgos encontrados en el usuario remitir al servicio que requiera.</p> <p>Realizar un abordaje integral del usuario con el fin de direccionarlo a los programas, procedimiento o servicios que aplique acorde a su edad, estado patológico o fisiológico.</p> <p>Si el paciente amerita ser remitido a un nivel de mayor complejidad, se debe remitir aplicando el Manual de Referencia y Contrareferencia, y explicar al Usuario sobre la necesidad de contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.</p>		
12	Salida del Usuario	Usuario	<p>El Paciente egresa del servicio y se dirige al área que corresponda según las ordenes, bien sea farmacia, laboratorio clínico, atención al usuario u otras.</p> <p>El usuario sale con la fecha y hora asignada para el próximo control ya sea por medicina genera o enfermería.</p>	<p>Ordenes médicas, de ayudas diagnósticas, prescripción (otros) Recordatorio de cita.</p>	
13	Cargar ordenes internas a facturación	Auxiliar de facturación para los procedimientos de promoción y prevención	<p>Seleccionar en el Software la administradora a que corresponde el Usuario e ingresar el procedimiento por códigos CUPS, mediante la modalidad de pos facturación.</p>	<p>Registro de Actividades de Detección temprana y protección específica/RIPS Morbilidad.</p>	<p>SOFTWARE Facturación /</p>
OBSERVACIONES		<p>IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:</p> <p>15. El seguimiento al completo diligenciamiento de la Historia Clínica conforme a las normas técnicas y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, será verificado mediante Auditorías de pertinencia y adherencia a Guías, normas y Protocolos.</p> <p>16. Cuando se requiera, en casos de procedimientos invasivos, se debe hacer firmar el consentimiento y/o disentimiento informado al Usuario, previas explicaciones de las actividades que se adelantarán.</p> <p>17. Cuando un Usuario o paciente pueda participar en proyectos de investigación en salud u otras, se le deberá informar verbalmente y por escrito, para lo cual el Usuario o paciente debe firmar una aceptación escrita y explícita.</p> <p>18. Actualizar y alimentar diariamente las bases de datos de los programas de promoción, prevención y salud pública.</p> <p>19. Registrar en la historia clínica las anotaciones necesarias de evaluación del riesgo e intervención de los mismos para cumplir con el registro por persona de la resolución 4505.</p> <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria.</p> <p>El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Contador.		Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Consulta de Control por Medicina General o Enfermería en Promoción, Prevención y Salud Pública.			PD-PP-03	1
OBJETIVO	Proporcionar en las consultas de seguimiento y control atención integral y oportuna a nuestros Usuarios y su familia respondiendo a sus necesidades individuales y colectivas, propiciando los máximos niveles de recuperación y mantenimiento de la salud, en ambientes de privacidad, confidencialidad y seguridad, orientándolos a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.					
RESPONSABLE	Enfermera					
ENTRADAS	Agenda de citas, definición de conductas anteriores, resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio e imágenes), concentración y frecuencia de guías de manejo, normas técnicas y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Usuarios - Procesos Misionales					
SALIDAS	Usuario atendido en medicina general y enfermería en consultas de programas de protección específica, detección temprana y salud pública, canalización a programas de promoción y prevención y salud pública.					
CLIENTE	Usuarios - Procesos Misionales					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Verificación de derechos	Facturador	Verificar los derechos de usuario en bases de datos (EPS-Fosyga); con anterioridad al día que este tenga programada la consulta para el seguimiento; con el fin de identificar novedades con relación al aseguramiento de este, y realizar los correctivos necesarios, nueva programación o canalización a la institución responsable de usuario atención. Luego de la verificación de derechos, el encargado de archivo busca la historia y la ubica previamente en el consultorio correspondiente para el momento de la consulta.	Bases de datos EPS-S		
2	Consultar la agenda de citas	Médico - Enfermera	El profesional responsable de la atención debe consultar en la agenda de citas previamente generada por fecha asignada para la atención, que el usuario que demanda el servicio se encuentra programado y la historia clínica se encuentre previamente en el consultorio.	Agenda física de citas enfermería	Software /Agendas/Citas medicas	
3	Recibir al Usuario e iniciar Consulta de seguimiento por Médico o enfermera según corresponda	Médico - Enfermera	El profesional encargado de la atención debe llamar al Usuario por el nombre, en orden de agenda de citas, recibirlo en el consultorio, saludarlo y presentarse. Solicitar el documento de identificación, carnet del control y otros documentos necesarios según el programa, registrar en el RIPS correspondiente continuar diligenciamiento de Historia Clínica. Preguntar al Usuario su situación y escuchar sus inquietudes, indagar sobre el cumplimiento de recomendaciones y administración de tratamiento. Verificar el cumplimiento del plan educativo brindado en la anterior consulta. Diligenciar y actualizar datos en la Historia Clínica.	Evolución Médica /Nota de enfermería.		
4	Anamnesis	Médico - Enfermera	Continuar con la identificación de posibles riesgos en los usuarios. Revisión por sistemas completa donde se identifique las manifestaciones del usuario y se relación con el diagnóstico.	Evolución Médica /Nota de enfermería.		


5	Realizar el examen físico e identificación de riesgos, según guías de manejo, normas técnicas y protocolos de atención.	Médico - Enfermera	Realizar examen físico céfalo-caudal y toma de signos vitales y medidas antropométricas para identificar los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo. Identificar riesgos reales y potenciales de acuerdo con la condición propia de cada usuario. Interpretación y análisis de curvas en las normas técnicas que así lo requieran. Registrar en la Historia Clínica de acuerdo a guías y protocolos de manejo (Normas técnicas y Guías de atención Resolución 412/2000).	Evolución Médica /Nota de enfermería.	
6	Diseñar el plan de intervenciones, con fundamento en las guías de manejo y protocolos de atención. (Normas técnicas y Guías de atención Resolución 412/2000).	Médico - Enfermera	Diseñar acorde a lo identificado en el usuario en la anamnesis y examen físico un plan de intervenciones, como seguimiento al plan propuesto anteriormente o cambio, de acuerdo, a nuevos hallazgos encontrados.	Historia Clínica, Guías de Atención en Salud, Protocolos, ordenes médicas, Manual de referencia y contrareferencia.	
7	Ordenar ayudas diagnósticas.	Médico - Enfermera	Ordenar al usuario imágenes diagnosticas y/o exámenes de laboratorio atendiendo la frecuencia estipulada en las normas y guías de protección específica y detección temprana con el fin de intervenir riesgos específicos, detectar oportunamente alteraciones según la etapa del ciclo vital de la persona, identificar la presencia de enfermedad o realizar seguimiento a la evolución y progresión de la misma.		
8	Indagar sobre el tratamiento instaurado	Médico - Enfermera	El médico y/o la enfermera deben indagar al usuario sobre el uso de medicamentos, sus efectos la eficiencia del tratamiento ordenado, los eventos adversos y el grado de satisfacción con este. Continuar con la prescripción de fármacos acorde a la norma técnica, guía de salud pública, específica para el usuario que se está atendiendo.	Historia Clínica / Evolución Médica /Nota de enfermería.	
9	Brindar información, recomendaciones y orientaciones al Usuario sobre el motivo de su consulta.	Médico - Enfermera	El profesional a cargo de la atención debe explicar y dar información básica al paciente (y su familia cuando lo amerite) del resultado de su atención. Se debe informar el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma, su diagnóstico, el esquema terapéutico, plan de cuidados y los medicamentos que se prescriben (cuando haya lugar). Se debe dar información puntual sobre medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos y severos para que el Usuario pueda identificar signos y síntomas tempranos, las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos; informar sobre los autocuidados y cuidados en casa; los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos (cuando se presenten). Verificar la comprensión por parte del Usuario, pidiendo que repita las recomendaciones dadas, para constatar que son comprensibles.	Historia Clínica / Evolución Médica /Nota de enfermería.	
10	Remisión y demanda inducida.	Médico - Enfermera	En concordancia con los hallazgos encontrados en el usuario remitir al servicio que requiera. Realizar un abordaje integral del usuario con el fin de direccionarlo a los programas, procedimiento o servicios que aplique acorde a su edad, estado patológico o fisiológico.		
11	Asignar próxima cita	Enfermera(o)	Registrar la próxima cita que se asigna al Usuario según programa al cual fue inscrito en el carnet de citas. Diligenciar o dar apertura a la tarjeta de seguimiento del programa al	Historia Clínica / Evolución Médica /Nota de enfermería.	

			cual pertenece. Orientar al Usuario sobre la ubicación de las áreas de la IPS en las cuales debe ser atendido.		
12	Salida Usuario	Usuario	El Paciente egresa del servicio de consulta de enfermería, debidamente informado y se dirige al área que corresponda según las ordenes, bien sea farmacia, laboratorio clínico, atención al usuario, u otras; con la programación de la próxima cita de seguimiento.	Ordenes médicas, formula médica.	
13	Cargar ordenes internas a facturación	Auxiliar de facturación para los procedimientos de promoción y prevención	Seleccionar en el Software la administradora a que corresponde el Usuario e ingresar el procedimiento por códigos CUPS, mediante la modalidad de pos facturación.	Registro de Actividades de Detección temprana y protección específica/RIPS morbilidad.	SOFTWARE / Facturación
OBSERVACIONES	<p>IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El seguimiento al completo diligenciamiento de la Historia Clínica conforme a las normas técnicas y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, será verificado mediante Auditorías de pertinencia y adherencia a Guías, normas y Protocolos. 2. Cuando se requiera, en casos de procedimientos invasivos, se debe hacer firmar el consentimiento y/o disentimiento informado al Usuario, previas explicaciones de las actividades que se adelantarán. 3. Cuando un Usuario o paciente pueda participar en proyectos de investigación en salud u otras, se le deberá informar verbalmente y por escrito, para lo cual el Usuario o paciente debe firmar una aceptación escrita y explícita. 4. Actualizar y alimentar diariamente las bases de datos de los programas de promoción, prevención y salud pública. 5. Registrar en la historia clínica las anotaciones necesarias de evaluación del riesgo e intervención de los mismos para cumplir con el registro por persona de la resolución 4505. 6. Diligenciamiento de formato de egreso e ingreso de historias clínicas del área de archivo con el fin de garantizar una adecuada custodia y devolverlas con las nuevas hojas diligenciadas al terminar la atención. <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p> <p>EVENTOS ADVERSOS: El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas al interior de la empresa.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.		Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Aplicación de Vacunas			PD- PP-04	1
OBJETIVO	Realizar la aplicación de inmunobiológicos, según esquema nacional con criterios de calidad, mediante la estrategia de vacunación sin barreras, con el fin de lograr coberturas útiles en la población objetivo y contribuir en el control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles.					
RESPONSABLE	Auxiliar de enfermería de vacunación- Jefe Coordinadora Centro de Salud.					
ENTRADAS	Población objetivo del programa, Carné de vacunación, Norma técnica Programa ampliado de inmunización, Manual técnico administrativo PAI.					
PROVEEDORES	Usuarios y sus acompañantes, aseguradores, Ministerio de Salud y Protección social, coordinadores PAI del orden nacional, departamental, local e institucional, Procesos Misionales					
SALIDAS	Población objetivo con Esquemas completos y adecuados de vacunación según la edad, coberturas administrativas y útiles de vacunación, canalización a otros servicios o programas de PYP, Notificación de ESAVI al SIVIGILA, adherencia del usuario al programa, usuarios informados y educados.					
CLIENTE	Usuarios y sus acompañantes- Procesos Misionales					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recibir al usuario en el servicio	Auxiliar de enfermería vacunación	Saludar cordialmente al usuario y presentarse. Solicitar carné de vacunación y carné de salud u otro documento para verificar que los documentos corresponden al Usuario que solicita el servicio.	Carné de vacunas - carné de salud-Documento de identificación- Carné de Crecimiento y Desarrollo	PAIWEB/ usuario / contraseña / No de identificación/ Registro	
2	Verificar antecedentes o historia de vacunación y edad para la pertinencia de la vacuna.	Auxiliar de enfermería vacunación	Verificar antecedentes o historia de vacunación en el sistema. Cuando el Usuario NO tiene carné de vacunas ni antecedentes en el sistema se debe preguntar a su familiar acudiente donde fue vacunado la última vez; en que sitio del cuerpo si la vacuna recibida fue oral o parenteral, hace cuánto tiempo, comunicarse de ser posible con dicho lugar y corroborar la información. Verificar la edad para definir la pertinencia de la vacuna.	Carné de vacunas - carné de salud-Documento de identificación- Carné de Crecimiento y Desarrollo	PAIWEB/ usuario / contraseña / No de identificación/ Registro	
3	Informar al Usuario sobre la vacunación y sus efectos.	Auxiliar de enfermería vacunación	Informar y educar al Usuario y a su familiar, sobre los biológicos que se aplicarán de acuerdo al esquema PAI, dar recomendaciones específicas e informar sobre posibles reacciones adversas, cuidados en el hogar y signos de alarma.	Carné de vacunas - carné de salud	PAIWEB/ usuario / contraseña / No de identificación/ Registro	
4	Determinar las contraindicaciones que impidan la aplicación del biológico	Auxiliar de enfermería vacunación	Determinar contraindicaciones que impidan la aplicación del biológico, comunicarlas al usuario y si es menor de edad a su acompañante. Indagar al familiar o usuario sobre sus antecedentes patológicos y alérgicos.			
5	Preparar vacunas	Auxiliar de enfermería vacunación	Preparar el inmunobiológico, verificar lote, fecha de vencimiento y características del inmunobiológico a aplicar.			
6	Aplicar biológico según esquema y normas de bioseguridad para vacunación segura.	Auxiliar de enfermería vacunación	Aplicar biológico teniendo en cuenta dosis, número de la aguja, técnica y sitio de aplicación, así como las normas de lavado de manos y de bioseguridad aplicables a esta actividad.			
7	Verificar el estado general del Usuario	Auxiliar de enfermería vacunación	Verificar el estado general del Usuario después de la vacunación y explicar nuevamente las posibles reacciones en horas o días siguientes a la aplicación del biológico, clarificando los signos de alarma.			

8	¿Existe alguna reacción adversa inmediata?	Auxiliar de enfermería vacunación	SI: Informar a la Jefe de Enfermería y llevar a atención médica inmediata. Posteriormente se diligencian los registros de vacunación. Documentar si es consecuente con un incidente o si corresponde a un ESAVI. NO: Continuar con la actividad No. 9		
9	Registrar la vacuna aplicada en el carné de vacunas.	Auxiliar de enfermería vacunación	Registrar en el carné de vacunas el inmunobiológico aplicado, fecha, lote, fecha vencimiento, laboratorio, fecha de la próxima cita, institución y responsable de la aplicación. Cuando es primera vez se da apertura al carné de vacunas e historia clínica vacunal. Entregar carné al Usuario o familiar.	Carné de vacunas	
10	Diligenciar la historia individual de inmunización.	Auxiliar de enfermería vacunación	Diligenciar acorde a los requerimientos de la resolución 1995 de 1999 la historia de inmunización de forma que permita realizar un seguimiento adecuado a los usuarios que inician el esquema de vacunación nacional.	Historia Individual de Inmunización	
11	Diligenciar RIPS.	Auxiliar de enfermería vacunación	Diligenciar en el RIPS el procedimiento realizado, teniendo en cuenta la finalidad, la actividad y el código CUPS y hacer firmar al Usuario.	RIPS con firma del Usuario	
12	Diligenciar registro diario de vacunación.	Auxiliar de enfermería vacunación.	Diligenciar completamente el registro físico según el usuario que se esté atendiendo con el fin de garantizar la captura efectiva del dato al momento de pasar el registro en el sistema PAIWEB.	Resumen diario de vacunación, Registro diario de vacunación. Formato de seguimiento cohorte de nacido vivo.	PAIWEB/ usuario / contraseña / No de identificación/ Registro
13	Vacunación con fiebre amarilla y solicitud de carné internacional.	Auxiliar de enfermería vacunación y Usuario.	Cuando se esté frente a un usuario que requiere aplicación de fiebre amarilla para solicitud de carné internacional; se realizan los pasos anteriormente descritos y se informa que este documento se obtiene en la coordinación departamental del programa ampliado de inmunizaciones (Malaria).	Carné de vacunas nacional	
14	Salida del usuario.	Usuario	El usuario egresa de vacunación con los biológicos aplicados acorde a su esquema y edad, y con la información pertinente para los cuidados en el hogar, la próxima cita e importancia de continuar y ser juicioso en el cumplimiento del esquema de vacunación.		
15	Facturar el servicio de vacunación	Auxiliares de facturación promoción y prevención, auxiliar de enfermería vacunación.	Seleccionar en el Software la administradora a que corresponde el Usuario e ingresar el procedimiento por códigos CUPS. Facturar el servicio de vacunación acorde a la modalidad de pos facturación en la oficina central para esta finalidad.	Registro de Actividades de Detección temprana y protección específica.	SOFTWARE /Facturación
OBSERVACIONES		<p>OBLIGATORIO:</p> <p>1. Los reportes e informes de vacunación deben entregarse mensualmente a la Líder PAI de la E.S.E.</p> <p>2. Para la realización de jornadas de Vacunación extramural se deben garantizar, de igual manera, el cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación.</p> <p>3. Registrar en la historia clínica las anotaciones necesarias de evaluación del riesgo e intervención de los mismos para cumplir con el registro por persona de la resolución 4505.</p> <p>ESAVI - EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACION O INMUNIZACIÓN: Actuar según las disposiciones del Decreto 3518 del 2009 expedido por el Ministerio de Protección Social y demás lineamientos de vigilancia epidemiológica.</p> <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria.</p> <p>El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>			

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.	Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Red De Frio			PD-PP-05	1
OBJETIVO	Garantizar condiciones para el transporte de biológicos permitiendo mantener su seguridad física; así mismo asegurar el adecuado almacenamiento y control del producto biológico e insumos para preservar su poder inmunológico hasta su aplicación, además monitorear periódicamente la temperatura a la cual están almacenados los biológicos en cada uno de los equipos de refrigeración; como también determinar el destino final del biológico (aplicación o destrucción) según las condiciones a que haya sido expuesto durante su almacenamiento en situaciones específicas de interrupción de la cadena de frío de la misma manera velar por el buen funcionamiento de los equipos mediante planes de mantenimiento preventivo, correctivo y de reposición para garantizar una adecuada cadena de frío y realizar limpieza de los equipo de refrigeración de acuerdo a los parámetros definidos, asegurando el adecuado manejo de la cadena de frío para los biológicos almacenados.						
RESPONSABLE	Subdirección Administrativa, Líder PAI, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería y Servicios Generales.						
ENTRADAS	Norma técnica Programa ampliado de inmunización, Manual técnico administrativo PAI, Formatos del proceso de red de frío (Informe mensual PAI, movimiento de biológicos, Kardex, pérdida de Biológicos, Registro diario control de temperatura equipos PAI, Acta de baja insumos PAI, Inventario red de frío, Hojas de vida de los equipos, Formato de limpieza.						
PROVEEDORES	Ministerio de Salud y Protección social, coordinadores PAI del orden nacional, departamental, local e institucional, Procesos Misionales						
SALIDAS	Almacenamiento de biológicos, registro de biológicos en el Kardex, curvas de temperatura, insumos dados de baja.						
CLIENTE	Usuario-Procedimiento aplicación de vacunas.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción de informe y movimiento de biológicos	Enfermera líder PAI	Recepciones el informe movimiento de biológicos el cual debe tener información con respecto a saldo anterior, dosis aplicadas, dosis perdidas y el saldo actual, dicho informe se envía en medio magnético del correo institucional PAI de la E.S.E. Vidasinú al correo institucional de la Secretaria Salud Municipal con lo que se autoriza el pedido de biológicos para el mes. Debe anexarse el formato diligenciado de control de pérdidas de biológico consolidado el cual debe ser consistente con la información consignada en el informe.	Informe mensual de dosis aplicadas Informe mensual movimiento de biológicos			
2	Solicitud del pedido	Enfermera líder PAI	Verificar la existencia de biológicos e insumos en el inventario, posterior a esto solicite y apruebe la cantidad de biológicos e insumos que necesita a la Secretaria de Salud municipal mediante el Sistema de Información Nominal PAI, programe la fecha y hora para su recepción. Al momento de la recepción de los biológicos llevar 3 copias del mismo.	Hoja de Solicitud de pedido Arqueo de biológicos Kardex general centro de acopio	PAIWEB/ usuario / contraseña / No de identificación/ Registro		
3	Solicitud del vehículo	Enfermera líder PAI	Realice la solicitud del vehículo teniendo en cuenta la cantidad de biológicos a transportar, tenga en cuenta las condiciones que debe tener el vehículo (cabinado, con ventanas abiertas para lograr la circulación del aire). Adicionalmente verifique que el vehículo cuente con el SOAT vigente y que cuente con la revisión técnica mecánica.	Cronograma semanal de vehículo asignado para promoción y prevención			
4	Alistamiento de las cajas frías y/o termos	Enfermera líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	Saque los paquetes fríos del congelador y colóquelos a temperar sobre una superficie de acero inoxidable (mesa de embalaje) separados, es decir, sin colocar uno sobre el otro hasta que suden o que la escarcha formada sobre la superficie del paquete frío se derrita o descongele. Este procedimiento permite que los paquetes fríos pierdan la temperatura inicial y la temperatura del termo no baje de 0°C. El tiempo para descongelar un paquete frío puede variar de una localidad a otra "ello depende de la temperatura ambiental". Se debe disponer de suficiente número de unidades de paquetes fríos con el fin de asegurar que todas las paredes internas del termo o la caja fría estén cubiertas				


			<p>con los mismos.</p> <p>Nota: Verifique que, al interior del paquete frío, exista una pequeña cantidad de agua en estado líquido, ubique el termómetro digital de máximas y mínimas en el interior de la caja térmica para garantizar una temperatura de +2° a +8° al momento de recibir los biológicos.</p> <p>El manejo de los paquetes fríos se realizará acorde a lo descrito en la Guía de Limpieza de los Elementos de la Red de Frío de la E.S.E. Vidasinú.</p>		
5	Desplazamiento al sitio de recepción del biológico	Conductor del vehículo Enfermera líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	<p>Realice el desplazamiento al sitio de entrega de los biológicos e insumos, en el tipo de vehículo especificado anteriormente para dicha actividad.</p> <p>Nota: Durante este procedimiento no se permiten realizar actividades ajenas al mismo.</p>		
6	Entrega del formato de pedido de biológicos e insumos.	Enfermera líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	Entregue formato de pedido de biológicos e insumos a la persona responsable de la entrega, quien verificará la coherencia de la información en el sistema y pondrá el visto bueno para continuar con el procedimiento.	Registro de Solicitud de pedido	
7	Recibe biológicos, verifica y toma temperatura	Enfermera líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	Teniendo como soporte el formato de pedido de biológicos e insumos aprobado, reciba el biológico y verifique: cantidades, fechas de vencimiento, número de lote, presentación del biológico. Realice lectura de la temperatura de almacenamiento de los productos a aceptar y registre la en el comprobante de egreso de los biológicos recibidos. De acuerdo al resultado de la verificación tome la decisión de aceptar o no el biológico o insumo si este no cumple las especificaciones	Registro de Egreso de biológicos de la secretaria de salud	
8	En caso de recibir o no ser aceptado el biológico o insumo.	Enfermera líder PAI	De NO contar con las especificaciones necesarias para ser aceptado el biológico o insumo, el líder PAI realizará el informe detallado de la situación evidenciada al coordinador PAI municipal. Si el biológico recibido cumple con las especificaciones requeridas consigne el nombre y firma de quien lo recibe en el formato de pedido y en el kardex.	Registro de Solicitud de pedido Kardex general centro de acopio	
9	Traslada el biológico al medio de transporte	Conductor del vehículo	Realice el traslado de los biológicos e insumos recibidos al medio de transporte para lo cual debe tener en cuenta: no golpear las cajas térmicas y no exponerlas al sol.		
10	Desplazamiento al sitio de almacenamiento	Conductor del vehículo, Enfermera líder PAI, Auxiliar de Enfermería, Oficina Centro de Acopio.	Realice el traslado de los productos recibidos en el vehículo asignado utilizando la ruta definida hasta el sitio de almacenamiento. Evite la radiación solar directa sobre la caja térmica o termo.		
11	Distribución inmediata a los centros de salud	Conductor del vehículo, Auxiliar de Enfermería, Oficina Centro de Acopio.	La distribución se realizará de manera inmediata a los centros de salud de la red E.S.E. Vidasinú, acorde a la necesidad mensual.		
12	Almacenamiento de biológicos	Enfermera líder PAI, Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	Realice el almacenamiento teniendo en cuenta los pasos descritos en este procedimiento diseñado para tal fin.	Kardex de cada centro de salud de la red E.S.E. Vidasinú.	

13	Evaluación de la capacidad de almacenamiento.	Enfermera LIDER PAI	Realice el cálculo de volumen utilizado por producto biológico que maneja y multiplíquelo por la cantidad total a almacenar. Determine la cantidad de biológicos que puede almacenar, tenga en cuenta que a nivel de IPS los biológicos no deben conservarse en el refrigerador por más de un mes.		
14	Conteo y control de remesas de biológicos	Enfermera LIDER PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	Verifique la existencia de biológicos que posee, clasifíquelos teniendo en cuenta sus características y márkelos con un punto azul en la parte superior izquierda de la caja, con el objetivo de priorizar su despacho en el centro de acopio y en los centros de salud coloque las remesas en la parte anterior de la canasta y/o según la clasificación de las vacunas para que estas sean utilizadas de acuerdo a su tiempo de almacenamiento.	Kardex de cada centro de salud de la red E.S.E. Vidasinú.	
15	Ubicación del producto biológico en el equipo refrigerador teniendo en cuenta las características del mismo.	Enfermera LIDER PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	En el almacenamiento de biológicos no se debe utilizar el refrigerador para almacenar ningún otro producto diferente a biológicos, debe dejarse espacio entre los contenedores de los biológicos con el fin de permitir la circulación del aire en el equipo de refrigeración. Los biológicos deben organizarse internamente dependiendo del tipo de equipo que posea.		
15.1	Ubicación del producto biológico en el equipo refrigerador vertical	Enfermera LIDER PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	Refrigerador Vertical (Nevera): Las vacunas deben colocarse en la primera y segunda parrilla, en canastillas o bandejas perforadas. Esto permite una excelente organización de los frascos por tipo de vacuna. En la primera parrilla (la más alta) se deben almacenar las vacunas vivas: polio oral, sarampión/SR triple viral SRP, fiebre amarilla, BCG, Varicela y Rotavirus. En la segunda parrilla se deben almacenar las vacunas muertas: DPT, TT, TD, Td, Pentavalente, Hepatitis B, Influenza, Neumococo, Hepatitis A. Nota: Para mantener la temperatura interna del refrigerador y por lo tanto la potencia de las vacunas almacenadas deben colocarse botellas con agua fría en la parte baja del refrigerador y paquetes fríos en el congelador. (12lt aproximadamente para refrigeradores verticales de 297 lts es decir 6 botellas de agua de 2 Lt).		
15.2	Ubicación del producto biológico en el equipo refrigerador Horizontal	Enfermera LIDER PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio.	En la parte baja del refrigerador se deben almacenar aquellas vacunas que en caso de congelarse accidentalmente no sufren deterioro: Polio Oral, Sarampión/SR/SRP y fiebre amarilla, BCG, Varicela y Rotavirus. En la parte alta (canastillas superiores) del refrigerador se deben almacenar las vacunas muertas: DPT, TT, TD, Td, Pentavalente, Hepatitis B, Influenza Adulto e Influenza Niños, Hepatitis A y Neumococo.		
16	Selección de los elementos de la Cadena de Frio (Nevera, Termo higrómetros, cajas térmicas y termos de vacunación)	Gerente Subdirección Administrativa Equipo Promoción y Prevención Líder PAI.	Determine cuáles son los elementos de la Cadena de Frio (Nevera, Termo higrómetros, cajas térmicas y termos de vacunación) acorde a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez elegido continúe con las actividades del procedimiento de acuerdo a las características del mismo.		
17	Revisión del formato "Registro Diario de Temperatura"	Enfermera Líder PAI Enfermera Coordinadora del Centro de Salud.	Verifique que cada uno de los equipos de refrigeración (Centro de Acopio y Centro de Salud) cuente con el formato "Registro Diario Control de Temperatura", dicho formato debe estar en un lugar visible junto al equipo.		
18	Lectura y Registro de la temperatura en grados centígrados (actual, Máx., Min y ambiental) dos veces al día (al abrir y al cerrar la nevera) es decir en la mañana y en la tarde.	Centro de Acopio Enfermera Líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio. Centro de Salud Enfermera	Realice lectura de la temperatura antes de abrir el refrigerador o nevera. Verifique que la primera temperatura tomada sea la actual y la ambiental, registre y grafique estas temperaturas con bolígrafo de tinta negra. Realice la lectura de la temperatura mínima (min), registre y grafique esta temperatura con bolígrafo de tinta azul. Repita la misma actividad para la temperatura máxima (máx.) la cual se	Registro diario control de temperatura equipos de refrigeración	

		Coordinadora del Centro de Salud. Auxiliar de Enfermería encargada.	registra y grafica con color rojo. El registro de la temperatura debe realizarse en el formato "registro diario control de temperatura del equipo". Una vez tomada la temperatura actual, máxima, mínima y ambiental verifique que haya borrado adecuadamente los datos leídos del termohigrometro y asegúrese que los valores no contengan la información de las temperaturas registradas. Esta actividad debe realizarse antes de la apertura de la nevera y antes de cerrar el servicio de vacunación. Los fines de semana el vigilante en turno previamente capacitado será el encargado de realizar dicho procedimiento y anotar en el registro designado para esta actividad " Registro de Temperatura Fines de Semana." Nota: En el centro de acopio la apertura de la nevera se realizará acorde a la demanda de la red de servicio de la E.S.E. Vidasinú.		
19	La temperatura leída se encuentra dentro de los rangos establecidos +2 a +8°C	Centro de Acopio Enfermera Líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio. Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud. Auxiliar de Enfermería encargada.	Si la temperatura leída se encuentra entre el rango establecido continúe con las demás actividades del procedimiento. Si no se encuentra dentro del rango permitido remítase al procedimiento de interrupción de cadena de frio PAI.	Registro diario control de temperatura equipos de refrigeración/curva de temperatura	
20	Realización del informe evaluación de temperatura	Centro de Acopio Enfermera Líder PAI Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud.	Terminadas las actividades anteriormente enunciadas elabore el informe mensual de evaluación de comportamiento del equipo en el cual debe especificar los rangos de temperatura y la cantidad de días en los cuales ha estado expuesto el biológico almacenado en el equipo de refrigeración, teniendo como insumo la información consolidada en el "Registro Diario de Temperatura"; lo cual se entregara con el informe mensual, con este se debe relacionar las actividades realizadas en el equipo para garantizar el buen funcionamiento del mismo, dicho informe debe archivararse junto con el formato "Registro Diario Control de Temperatura"		
21	Alistamiento de las cajas térmicas y termos de vacunación.	Centro de Acopio Enfermera Líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio. Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud. Auxiliar de Enfermería encargada.	Saque los paquetes fríos del congelador y colóquelos a temperar sobre una superficie de acero inoxidable (mesa de embalaje) separados, es decir, sin colocar uno sobre el otro hasta que suden o que la escarcha formada sobre la superficie del paquete frío se derrita o descongele. Este procedimiento permite que los paquetes fríos pierdan la temperatura inicial y la temperatura del termo no baje de 0°C. El tiempo para descongelar un paquete frío puede variar de una localidad a otra "ello depende de la temperatura ambiental". Se debe disponer de suficiente número de unidades de paquetes fríos con el fin de asegurar que todas las paredes internas del termo o la caja fría estén cubiertas con los mismos. Nota: Verifique que, al interior del paquete frío, exista una pequeña cantidad de agua en estado líquido, ubique el termómetro digital de máximas y mínimas en el interior de la caja térmica y/o termo para garantizar una temperatura de +2° a +8° al momento de recibir los biológicos. El manejo de los paquetes fríos se realizará acorde a lo descrito en la Guía de Limpieza de los Elementos de la Red de Frio de la E.S.E. Vidasinú. Utilizar cajas térmicas de acuerdo a las indicaciones del		

			manual técnico administrativo PAI las cuales deben ser cajas plásticas aisladas con poliuretano expandido.		
22	Verifique la temperatura del termo y/o cava térmica dos veces al día (mañana y tarde)	Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud. Auxiliar de Enfermería encargada.	Realice lectura de la temperatura actual del termo o la caja fría, regístrela en el formato "registro diario de temperatura en termos y cajas frías" esta actividad debe realizarse diariamente en la mañana al iniciar y en la tarde al terminar la jornada extramural. En el caso del transporte de los biológicos al momento de recibir la necesidad del mes para la vacunación de la E.S.E. Vidasinú se debe realizar la toma de temperatura antes de introducir los biológicos y al momento de llegar con ellos al centro de acopio.		
23	La temperatura registrada en la tarde se encuentra fuera o dentro de los rangos establecidos	Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud. Auxiliar de Enfermería encargada	Verifique que la temperatura a la que están almacenados los biológicos y determine si se encuentra fuera del rango establecido; active el plan de contingencia estipulado para las cajas térmicas y/o termos.	Registro diario control de temperatura equipos de refrigeración	
24	Informe detallado de las características del incidente de la interrupción de cadena de frío.		Realice un informe cronológico, registrando la hora y la temperatura actual, máxima y mínima leída en el momento en el cual evidencia la alteración de temperatura el equipo de refrigeración, deben registrarse los hechos evidenciados en el momento del incidente; se realizará la anotación del horario en el cual se presentó la interrupción de la red de frío lo cual se encuentra establecido en los planes de contingencia descritos para el centro de acopio y la red de prestadores de la E.S.E. Vidasinú.	Centro de Acopio Enfermera Líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio. Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud	
25	Acta de incidente interrupción cadena de frío.	Enfermera líder PAI	Al momento de la entrega del informe mensual PAI acorde al cronograma establecido, la persona responsable de esta actividad informara con el acta diligenciada el incidente que ocasiono la interrupción de la cadena de frío y la situación desencadena por dicha situación.	Acta de baja de insumos	
26	Informe detallado de las características del incidente de la interrupción de cadena de frío.	Centro de Acopio Enfermera Líder PAI Auxiliar de Enfermería Oficina Centro de Acopio. Centro de Salud Enfermera Coordinadora del Centro de Salud. Auxiliar de Enfermería encargada.	Realice un informe cronológico, registrando la hora y la temperatura actual, máxima y mínima leída en el momento en el cual evidencia la alteración de temperatura el equipo de refrigeración, deben registrarse los hechos evidenciados en el momento del incidente; se realizara la anotación del horario en el cual se presentó la interrupción de la red de frío lo cual se encuentra establecido en los planes de contingencia descritos para el centro de acopio y la red de prestadores de la E.S.E. Vidasinú.	Acta de baja de insumos	
27	Evaluación y decisión de la aplicación o la destrucción del biológico	Enfermera Líder PAI	Teniendo en cuenta la información del incidente (tipo de biológico, temperatura de exposición, tiempo de exposición) evalúe y decida si dichos biológicos pueden o no ser aplicados, utilice la información sobre la estabilidad de las vacunas de PAI consignada en los manuales de PAI publicados por la OPS y la normativa vigente. De acuerdo al análisis anterior decida el destino final del biológico dependiendo de su composición (biológico replicativo o no replicativo) y de las condiciones a las que haya estado expuesto para su aplicación o destrucción.	Acta de baja de insumos	
28	Acta de incidente interrupción cadena de frío.	Enfermera Líder PAI	Al momento de la entrega del informe mensual PAI acorde al cronograma establecido, la persona responsable de esta actividad informara con el acta diligenciada el incidente que ocasiono la interrupción de la cadena de frío y la situación desencadena por dicha situación.	Acta de baja de insumos Informe mensual de dosis aplicadas Informe mensual movimiento de biológicos	
29	Levantamiento o actualización del inventario	Enfermera Líder PAI	Diligencie el formato "Inventario cadena de frío" para lo cual es necesario revisar el instructivo.		
30	Solicitud y programación de	Subdirección	Realice el mantenimiento preventivo de los equipos de	Inventario Red de Frío	


	mantenimiento de los elementos de la cadena red de frío.	administrativa Enfermera Líder PAI Enfermera Coordinadora del Centro de Salud.	acuerdo al cronograma planeado (cada tres meses para las neveras verticales y cada 6 meses para las neveras horizontales). Al realizar el cronograma que dicho mantenimiento se efectuara en fechas en las cuales los equipos de refrigeración cuenten con menos biológicos. Si el mantenimiento es por falla en el funcionamiento del equipo, solicite el mantenimiento correctivo en la institución, Dichos mantenimientos deben realizarse por personal competente.		
31	Realización del mantenimiento preventivo	Subdirección Administrativa Técnico en Refrigeración	Realice el mantenimiento preventivo teniendo en cuenta el cronograma para los diferentes equipos. Equipo de refrigeración: Debe realizarse la revisión de voltaje, amperaje, conectores eléctricos, limpieza del condensador, revisión de bisagras o pivotes de puertas, entre otros. Termómetros. Debe compararse al menos una vez al año contra un patrón certificado por la superintendencia de Industria y comercio. Nota: Si al realizar el mantenimiento preventivo es necesario realizar al equipo acciones correctivas siga la ruta de respuesta positiva del procedimiento. Si después de realizadas las acciones necesarias (correctivas) para superar la falla del equipo no queda en funcionamiento y no es posible repararlo, continúe el procedimiento para garantizar la reposición del equipo.	Cronograma de mantenimiento preventivo equipos de refrigeración PAI/Informe del contratista que realiza el mantenimiento	
32	Descripción del procedimiento realizado en la hoja de vida del equipo	Técnico en Refrigeración	En la hoja de vida se debe registrar las acciones realizadas al mismo (preventivas y correctivas). Nota: Dicha información debe permanecer en el punto de vacunación.	Informe del contratista que realiza el mantenimiento	
33	Solicitud de reposición del equipo con descripción de las características mínimas que debe tener	Enfermera Líder PAI Enfermera Coordinadora del Centro de Salud.	Solicite la reposición del equipo en donde debe relacionar las características mínimas que debe tener los equipos del Programa Ampliado de Inmunizaciones basado en los lineamientos establecidos por el Ministerio Protección Social www.simcron.com.co	Pedido Almacén	
OBSERVACIONES	<p>OBLIGATORIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Llevar diariamente las curvas de temperatura. Hacer cumplir el plan de contingencia cuando así se requiera. Diligenciar el acta de baja de insumos y justificar la causa de pérdida de los biológicos. Contar con la hoja de vida de los equipos. Tener las precauciones necesarias para la limpieza y desinfección de los equipos frigoríficos. Presentar cronograma de limpieza de equipos. <p>ESAVI - EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACION O INMUNIZACIÓN: Actuar según las disposiciones del Decreto 3518 del 2009 expedido por el Ministerio de Protección Social y demás lineamientos de vigilancia epidemiológica. De acuerdo a la conservación inadecuada de los productos inmunobiologicos podemos desencadenar ESAVIS. SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.		Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Atención Integral de Citología			PD-PP-06	1
OBJETIVO	Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientando a toda mujer con vida sexual activa a utilizar los servicios de prueba de tamizaje (citología de cuello uterino) diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno con el fin de disminuir la Morbi-Mortalidad de nuestras Usuaris entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, garantizando una atención humanizada, confidencial, con privacidad, seguridad, digna y de calidad.					
RESPONSABLE	Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Citologas.					
ENTRADAS	Orden médica, demanda inducida, Norma técnica y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Usuaris entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa. - Procesos Misionales- EPS-S					
SALIDAS	Resultado de la Citología según protocolo Bethesda					
CLIENTE	Usuaris entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa. - Procesos Misionales					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Captar usuarias objeto del programa	Recurso humano de todos los procesos institucionales. Red de apoyo comunitaria, EPS-S contratadas.	Identificar a nuestras Usuaris entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para captar al programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, a través de los procesos misionales, la red de apoyo de la E.S.E. Vidadsinú y demanda inducida	Registro de demanda inducida		
2	Ingreso de la Usuaris al Servicio	Usuaris	La Usuaris, según orientaciones de quien le remite al programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, o a libre demanda, debe ingresar al consultorio de toma de muestra citológica, donde según orden de llegada debe ser atendida.	Asignación de Fichero		
3	Recepción de la Usuaris al servicio de toma de muestra de citologías. Anamnesis y diligenciamiento del registro.	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.	Recibir a la Usuaris en el servicio, saludarla y presentarse. Solicitar el documento de identificación, realizar verificación de derechos, diligenciamiento de Historia Clínica de detección temprana de cáncer de cuello uterino, elaborar anamnesis enfocada en los distintos aspectos del cérvix.	Historia Clínica de detección temprana de cáncer de cuello uterino, Registro diario de citologías		
4	Marcar lámina y diligenciar registros.	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.	Marcar la lámina según protocolo con iniciales del nombre y n° de cédula y serial consecutivo por año. Diligenciar registro diario de citologías, historia clínica citológica, RIPS y demanda inducida.	Historia Clínica citológica, Registro diario de citologías, Rips y formato de demanda inducida		
5	Preparar a la usuaria para la toma de citología	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.	Explicar a la Usuaris que la citología cervico-uterino es una prueba que consiste en la toma de muestra del epitelio de la unión Escamo-Columnar y su extensión sobre una lámina. Se realiza una lectura mediante microscopio de las células descamadas y coloreadas para observar si hay cambios en su morfología, e impedir así una posible progresión a Cáncer. Orientar a la usuaria que vacíe la vejiga, y vista con la bata clínica y se ubique en posición ginecológica.	Preparación de equipo y materiales citológicos		
6	Tomar la muestra citológica	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.	Tomar la muestra, teniendo en cuenta los criterios de la Norma Técnica para la Detección Temprana de cáncer de Cuello Uterino y Protocolos de Atención.	Norma técnica, Protocolos		
7	Orientaciones a la Usuaris	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.	Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar los resultados y asistir a las citas médicas que correspondan. Registrar la educación en la historia clínica.	Historia Clínica/ nota de enfermería.		

8	Diligenciar tarjeta de seguimiento	Auxiliar de Enfermería (Citologías)	Diligenciar tarjeta de seguimiento para programar citologías según el esquema 1:1:3, calidad de la muestra y/o resultados.	Tarjeta de seguimiento	
9	Diligenciamiento del RIPS	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.	Registrar en el RIPS el procedimiento realizado a la usuaria, teniendo en cuenta la finalidad, la actividad y el código CUPS.	RIPS	
10	Cargar ordenes internas a facturación	Auxiliar de facturación para los procedimientos de PYP.	Seleccionar en el Software la administradora al que corresponde la Usuaría e ingresar el procedimiento por códigos CUPS, mediante la modalidad de pos facturación.	Registro de Actividades de Detección temprana y protección específica	SOFTWARE / Facturación
11	Enviar las láminas e Historia clínica de Detección Temprana de cáncer de Cuello uterino para procesamiento y lectura de la muestra al Laboratorio de Citologías.	Auxiliar de Enfermería (Citología)	Enviar las láminas e Historia Clínica de detección temprana de cáncer de cuello uterino, y el Registro de Entrega y Recepción de muestras de Citologías del centro de salud al Laboratorio de Citologías.	Formato de Entrega y Recepción de Citologías	
12	Transporte de muestra citológicas al Laboratorio de Citologías.	Mensajero asignado.	Transportar las láminas citológicas en el móvil asignado, con oportunidad y en los horarios establecidos de salida y llegada, cumpliendo con las normas de bioseguridad, conservación y calidad según norma técnica, protocolos y manuales de bioseguridad.	Formato de Entrega y Recepción de Citologías	
13	Recepcionar y verificar láminas, e Historia clínica de Detección Temprana de cáncer de Cuello uterino.	Auxiliar de enfermería de Laboratorio de citologías.	Recibir láminas, verificar el estado de las láminas e Historia clínica de Detección Temprana de cáncer de Cuello uterino que se encuentren debidamente diligenciados y rotulados del centro de salud de origen y organizarlas según EPS.	Formato de Entrega y Recepción de Citologías	
14	¿Cada lámina cumple con los requisitos mínimos para su lectura?	Citotéclogo-citohistotecnólogo - Auxiliar de enfermería Laboratorio de citologías.	SI CUMPLE: Iniciar el procesamiento de láminas. NO CUMPLE: Informar para nueva toma de muestra, diligenciando el formato de devolución de citologías, quien enviara a las sedes respectivas de origen de la E.S.E. Vidasinú.	Formato de devolución de citologías E.S.E. Vidasinú.	
15	Realizar la lectura de las láminas según manuales y normas técnicas.	Citotéclogo-citohistotéclogo	Después de tomadas las muestra y marcadas las láminas, son coloreadas, barnizadas (citosesina) y montadas con laminillas para dar lectura mediante microscopio según el esquema BETHESDA	Registro de Alcoholes y Colorantes (IDSN). Registro de Dispositivos Médico	
16	Registrar resultados de lectura y análisis de la lámina	Citotéclogo-citohistotéclogo	Registrar resultado de lectura y análisis de la lámina en la Historia clínica citológica y Diario de citología de acuerdo a la norma técnica y protocolo Bethesda. Firmar registros.	Historia clínica citológica y Diario de citología,	
17	Registrar resultados de citologías positivas.	Citotéclogo-Citohistotéclogo Auxiliar de enfermería de Laboratorio de citologías.	Registrar todos los resultados de citologías positivas en el formato que corresponde según aseguradora de la usuaria.	Formato de citologías positivas	
18	Enviar al Laboratorio de patología las láminas anormales de lesiones para confirmar diagnóstico.	Cito-tecnólogo-Cito-histotecnólogo Auxiliar de enfermería de Laboratorio de citologías.	Las láminas anormales deben ser enviadas al laboratorio de patología con su respectiva historia clínica bien diligenciada y según especificaciones de la norma técnica en empaque de triple embalaje. El mensajero asignado debe transportar las muestras al laboratorio de patología con oportunidad cumpliendo con las normas de bioseguridad, conservación y calidad según norma técnica. El resultado debe regresar firmado por el patólogo y con la firma respectiva en el Formato de citologías positivas.	Formato de citologías positivas	


19	Organizar y distribuir resultados.	Auxiliar de enfermería del Laboratorio de citologías	Empacar, rotular y enviar original de resultados a la Enfermera y/o auxiliar responsable del programa de cada sede de la E.S.E. Vidasinú, junto con el formato de envío de resultados diligenciado. Las copias de resultados y las láminas, se archiva en el laboratorio de citología por 2 años	Historia Clínica citológica, Formato envío de resultados. Formato de archivo histórico de citología (Diario de citología)	
20	Entrega del resultado al usuario	Auxiliar de enfermería	El resultado se entrega en el horario y día indicado a una persona adulta con el documento de identidad y se recomienda presentarlo en consulta médica, registrando resultado y próxima cita en la tarjeta de seguimiento de la usuaria según el esquema 1:1:3. Se debe diligenciar el formato de entrega de resultados el cual debe ser firmado por el usuario que recibe el resultado muestra y/o resultados.	Historia clínica Formato de entrega de citologías. Tarjeta de seguimiento.	
21	Digitar información de la citología en la estructura de reporte de la resolución 4505	Digitadores de p y p.	Digitar información de la citología en la estructura de reporte de la resolución 4505, especificando los datos de identificación fecha de toma, resultado según Bethesda y calidad de la muestra		Estructura de registro por persona para las actividades de detección temprana, protección y enfermedades de interés en salud pública.
22	Enviar láminas negativas a Laboratorio Externo para Control de Calidad Interno	Cito-tecnólogo-Cito-histólogo Auxiliar de enfermería de Laboratorio de citologías	Enviar mensualmente el 10% de láminas negativas seleccionadas y firmadas por la Cito-tecnóloga -Cito-histólogo al Laboratorio Externo contratado para Control de Calidad Interno. Según especificaciones de la norma técnica en empaque de triple embalaje. El mensajero asignado debe transportar las muestras al laboratorio de patología con oportunidad cumpliendo con las normas de bioseguridad, conservación y calidad según norma técnica, protocolos y manuales de bioseguridad.	Formato de citologías negativas para control de calidad.	
23	Enviar láminas al Laboratorio de referencia para Control de Calidad externo.	Cito-tecnólogo-Cito-histólogo Auxiliar de enfermería de Laboratorio de citologías	Enviar semestralmente el número de láminas negativas solicitadas por el Laboratorio de referencia y todas las positivas del semestre firmadas por la Cito-tecnólogo-Cito-histólogo para Control de Calidad externo. Según especificaciones de la norma técnica en empaque de triple embalaje. El mensajero asignado debe transportar las muestras al laboratorio de salud pública con oportunidad cumpliendo con las normas de bioseguridad, conservación y calidad según norma técnica, protocolos y manuales de bioseguridad.	Formato de citologías negativas y positivas para control de calidad.	
OBSERVACIONES	<p>OBLIGATORIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Entregar mensualmente a la coordinación de promoción y prevención el informe de actividades. Enviar mensualmente al área de promoción y prevención el informe consolidado de citologías positivas clasificadas por asegurador. Enviar mensualmente la base de datos del programa a la coordinación de promoción y prevención. Seguimiento a los casos positivos en el sitio de atención y a los resultados sin reclamar independiente el resultado. Registrar en la historia clínica las anotaciones necesarias de evaluación del riesgo e intervención de los mismos para cumplir con el registro por persona de la resolución 4505. <p>ADICIONAL: No olvide felicitar a la usuaria luego de haber finalizado exitosamente el procedimiento de citología. Diligencie con letra clara y legible los registros de historia clínica. SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.</p>				

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.	Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - PP	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Detección Temprana Alteraciones de la Agudeza Visual			PD-PP-07	1
OBJETIVO	Detectar oportunamente las alteraciones en agudeza visual en niños y niñas, adolescentes y adultos mayores con edades de 4, 11, 16 y 45 años, a través de la toma de la agudeza visual con el fin de realizar las intervenciones necesarias para disminuir las complicaciones.						
RESPONSABLE	Enfermeras, Medico.						
ENTRADAS	Demanda inducida, Norma técnica y/o protocolos de atención.						
PROVEEDORES	Niños y niñas, adolescentes y adultos mayores con edades de 4, 11, 16 y 45 años. - Procesos Misionales- EPS-S, Ente Territorial.						
SALIDAS	Usuario atendido e informado de acuerdo a la norma técnica de detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.						
CLIENTE	Usuarios - Procesos Misionales.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Captar usuarios objeto del programa	Recurso humano de procesos misionales y de apoyo, red de apoyo comunitaria, EPS-S contratadas.	Identificar a nuestros usuarios, niños y niñas, adolescentes y adultos mayores con edades de 4, 11, 16 y 45 años, para captar al programa de Programa de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, a través de la demanda inducida en los procesos misionales y la red de apoyo comunitaria de la E.S.E. Vidasinú.	Registro de demanda inducida Boleta de Remisión del grupo de Apoyo			
2	Asignación de cita	Facturador o Admisionista. Enfermera jefe.	Asignar la cita del usuario teniendo en cuenta: la edad, ingreso a programa, o en su defecto la concentración del programa al que esta previamente inscrito, registrándola en la agenda de citas médicas o de enfermería según el caso. Realizar verificación de derechos,	Agenda de citas médicas y de enfermería.	SOFTWARE /Asignación de citas.		
3	Ingreso de la Usuaría al Servicio	Usuaría	Los Usuarios, según orientaciones de quien le remite al programa de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, o a libre demanda, debe ingresar al consultorio asignado previamente, donde según la asignación de citas debe ser atendido.				
4	Recepción de la Usuario.	Enfermera- Medico.	Recibir al Usuario en el servicio, saludarlo cordialmente y presentarse.	Historia Clínica de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual.			
5	Valoración de la agudeza visual y diligenciamiento de historia clínica.	Enfermera- Medico	Diligenciamiento de Historia Clínica de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual: Datos de identificación, hacer anamnesis enfocada en el sentido de la visión, antecedentes personales, quirúrgicos y patológicos, y registrar resultados de la valoración Examen de visión LEJANA: para los niños y niñas de 4 años y adolescentes de 11 y 16; mediante la Tabla de Snellen apropiada para la edad (signos alfabéticos o direccionales). Examen de visión CERCANA: para los adultos mayores de 45 años para lo cual se debe contar con el instrumento de visión próxima para alfabetas y analfabetas.	Historia Clínica de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual.			
6	Orientaciones a los Usuarios	Enfermera- Medico	Una vez se dé por terminada la realización de la valoración de la agudeza visual, es fundamental informar sobre el resultado y conductas derivadas de esta: remisiones.	Historia Clínica/ nota de enfermería.			
7	Diligenciamiento del RIPS	Enfermera- Medico	Registrar en el RIPS el procedimiento realizado a él usuario, teniendo en cuenta la finalidad, la actividad y el código CUPS.	RIPS			

8	Cargar ordenes internas a facturación	Auxiliar de facturación para los procedimientos de promoción y prevención	Seleccionar en el Software la administradora a que corresponde el Usuario e ingresar el procedimiento por códigos CUPS, mediante la modalidad de pos facturación.	Registro de Actividades de Detección temprana y protección específica/RIPS.	SOFTWARE / Facturación
OBSERVACIONES	<p>OBLIGATORIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entregar mensualmente a la coordinación de promoción y prevención el informe de actividades. 2. De acuerdo con los resultados de la toma de la agudeza visual, se informa a la persona acerca de los resultados, se da información y educación sobre los factores de riesgo y se orienta hacia el nuevo control, con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles para futuras tomas de agudeza visual. 3. Seguimiento a los usuarios remitidos a oftalmología. 4. Registrar en la historia clínica las anotaciones necesarias de evaluación del riesgo e intervención de los mismos para cumplir con el registro por persona de la resolución 4505. <p>EVENTOS ADVERSOS: El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse en los formatos establecidos al interior de la empresa. ADICIONAL: Diligencia con letra clara y legible los registros de historia clínica.</p>				
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre: ENITH DE LA OSSA. Cargo: Enfermera.</p>		<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.</p>		<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.</p>	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.	

3.2.5. PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1
	MACROPROCESO MISIONAL - CÓDIGO: MP - MS PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - CÓDIGO: PR - AD	Resolución de Aprobación:

OBJETIVO: Realizar actividades de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad, brindando un excelente soporte al cuerpo médico y contribuyendo de esta forma a la prestación de un servicio integral, que satisfaga las necesidades del usuario.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Prescripción médica en que se identifica el requerimiento de realizar ayudas diagnósticas al Usuario y Definición de la necesidad de administrar tratamiento farmacéutico.
	TERMINA: Resultados de exámenes clínicos de calidad y usuario educado, con tratamiento farmacológico adecuado.
	COVERTURA: Transversal a todos los procesos Asistenciales.

PROVEEDOR	ENTRADA			SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS MISIONALES. USUARIO. EPS. ENTIDADES DE VIGILANCIA CONTROL. DEMAS PARTES INTERESADAS.	Prescripción Médica - AD. Usuario. Muestras de Usuarios. Consentimiento Informado.	Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.	Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.	Usuario atendido y educado. Resultado confirmado. Imagen diagnóstica e interpretación de resultados. Registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros) inherentes a la atención.	Procesos misionales. Usuario y Familiares. Procesos de Apoyo. Entidades de vigilancia - control. Seguridad del paciente. Procesos de evaluación.

PLANEAR	HACER
Orientar desde el direccionamiento estratégico un enfoque de atención centrada en la Seguridad del Usuario, y un modelo de operación por procesos documentado el manual de procesos y procedimientos, soportado Difusión de soportes documentales.	Difusión de soportes documentales.
Adoptar el Manual de Indicadores y el tablero de control y seguimiento.	Registrar el ingreso del Usuario, para documentar su acceso oportuno al servicio.
Prever el recurso humano, presupuestal y tecnológico necesario para la prestación del servicio.	Prestar servicios integrales en Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnóstica y Rayos X
Despliegue de conocimiento, entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continua.	Orientar e informar al Usuario sobre los servicios, la correcta preparación para realizar ayudas diagnósticas y toma de muestras, la entrega de resultados, como adelantar otros trámites internos que requiera en su estadía en E.S.E. Vidasinú.
	Referencia y Contrareferencia de remisiones.
VERIFICAR	ACTUAR
Evaluación y seguimiento al Proceso	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
Satisfacción del Usuario	Mejoramiento Continuo.
Control Interno de Calidad para cada procedimiento	


PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO		VERSIÓN
PD-AD-01	Servicio Integral de Laboratorio Clínico.		1.0
PD-AD-02	Toma de Rayos X.		1.0
PD-AD-03	Toma de ecografía obstétrica.		1.0
PD-AD-04	Servicio farmacéutico.		
CÓDIGO	SUBPROCEDIMIENTO		VERSIÓN
SP-SF-01	Selección de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico.		2.0
SP-SF-01	Adquisición de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.		2.0
SP-SF-03	Recepción de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.		2.0
SP-SF-04	Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.		2.0
SP-SF-05	Dispensación y Distribución de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Odontológicos.		2.0
SP-SF-06	Manejo de medicamentos de control especial.		2.0
SP-SF-07	Control de inventario de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico.		2.0
SP-SF-08	Farmacovigilancia.		2.0
SP-SF-09	Tecnovigilancia.		2.0
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Adherencia a guías de manejo y protocolos de atención, Satisfacción del Usuario.</p> <p>Vigilancia de eventos adversos, reacciones adversas a medicamentos y dispositivos médicos, Consumo histórico de medicamentos.</p> <p>Perfil epidemiológico.</p> <p>Cumplimiento de entrega de medicamentos, Recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos</p> <p>Condiciones de almacenamiento de medicamentos según corresponda (establecidos).</p> <p>Confrontar que el Usuario cumpla los requisitos para la toma de muestras.</p> <p>Verificar la calidad en la toma, identificación, conservación y transporte de muestras para laboratorio clínico.</p> <p>verificar los resultados antes de entregarlos al Usuario.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la Tecnología, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Ambiental, Gestión de la Información, Gestión de las Comunicaciones.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo;</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades.</p> <p>FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras.</p> <p>TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos biomédicos; Equipos y elementos de cómputo, Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación.</p>	<p>Documentos que soportan la ejecución del proceso como:</p> <p>Guías de Manejo - CIE 10; Historia Clínica; Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Normas Técnicas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Manual y Normas de Bioseguridad, PGIRHS Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Manual de la Calidad; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Lineamientos del IDSN, Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.</p>

REQUISITOS LEGALES		NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011, Decreto 2200 de 2005, Decreto 4725 de 2005, Decreto 1011 de 2006, Decreto 2330 de 2006, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 1995 de 1999, Resolución 412 del 2000, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1403 de 2007 y reglamentarios, Acuerdo 228 de 2002, Acuerdo 236 de 2002, Acuerdo 282 de 2004, Acuerdo 336 de 2006, Acuerdo 415 de 2009 CNSSS, Acuerdo 029 de 2011, Acuerdo 029 de 2012 CRES, Listado Básico de Medicamentos.		4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE REGISTROS 5.2. ENFOQUE AL CLIENTE 5.3. POLITICA DE CALIDAD 6. GESTION DE LOS RECURSOS 6.2. TALENTO HUMANO 6.3. INFRAESTRUCTURA 7.1. PLANIFICACIÓN DE LA PRODUCCION O PRESTACIÓN DEL SERVICIO 7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO 7.5. PRODUCCION Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO 8. MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA	(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento.
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
1.1.7	Oportunidad en la entrega de resultados de paraclínicos		
1.1.5	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología		
	Porcentaje de cumplimiento en la prescripción médica de acuerdo al Listado Básico de Medicamentos.		
	Porcentaje de medicamentos solicitados.		
	Porcentaje de medicamentos con recepción técnica.		
	Porcentaje de medicamentos rechazados por recepción técnica.		
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.			
REGISTROS		RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.		Subgerencia de Servicios de Salud e Investigación, Directores Operativos de Red, Bacteriólogos, Citotecnólogos, Dueños de Proceso.	
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ
Nombre:		Nombre:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.
Cargo:		Cargo:	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Acción Insegura:	Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de uno o varios pasos durante la atención en salud por parte de uno o varios miembros del equipo de atención. Es la que al final de la cadena de errores, desencadena un incidente o evento adverso.					
Acciones de Reducción de Riesgo (Barreras de seguridad):	Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa.					
Adquisición de medicamentos:	Conjunto de actividades que realiza la institución que permite adquirir los medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos que han sido incluidos en el listado institucional, con el fin de satisfacer las necesidades del usuario.					
Almacenamiento:	Es el conjunto de actividades que tienen como objeto el cuidado y conservación de las especificaciones técnicas con las que fueron fabricados los medicamentos y dispositivos médicos.					
Atención Extramural:	Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos programables dirigidos a la colectividad tanto en la zona urbana como rural. Son realizadas por médico general, Técnica de Rayos X, auxiliar de odontología, auxiliar de odontología, auxiliar de enfermería o vacunador, promotor, higienista oral acorde a las acciones programadas y necesidades del usuario. Entrega de medicamentos. Educación para la prevención.					
Atención Farmacéutica:	Es la asistencia a un paciente o grupos de pacientes, por parte del Químico Farmacéutico, en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida.					
Atención de Salud:	Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.					
Ayudas Diagnósticas:	Procedimientos de laboratorio clínico o imagenología que buscan confirmar y/o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión, enfermedad o patología, convirtiéndose en un apoyo a los procesos de diagnóstico médico.					
Baciloscopia:	Prueba seriada de tres días consecutivos donde se toma una muestra de esputo para ver bacterias presentes.					
Biopsia:	Extracción de células o tejidos para que los examine un patólogo. El patólogo puede estudiar el tejido bajo un microscopio o someter las células o el tejido a otras pruebas.					
Cadena de Frío:	Sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de los medicamentos, desde su salida del laboratorio fabricante hasta el lugar de recepción que asegura su conservación a temperatura idónea.					
Calidad de la Atención de Salud:	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.					
Calidad - Accesibilidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.					
Calidad- Continuidad:	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.					
Calidad- Oportunidad:	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.					
Calidad- Pertinencia:	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.					
Calidad- Seguridad:	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.					
Citología:	Estudio integral de la célula en sus múltiples aspectos: estructurales, biofísicos, bioquímicos, fisiológicos, patológicos, nutricionales, inmunológicos, genéticos, etc.					
COFYTE (Comité de Farmacia y Terapéutica):	Organismo asesor del cuerpo médico, del servicio farmacéutico y de la institución, en aspectos-científicos, como consultas, coordinación e información, relacionadas con los medicamentos y dispositivos médicos.					

Colposcopia:	La Colposcopia es una técnica utilizada para detectar y tratar lesiones precancerígenas y cancerosas en el cuello de la matriz, así como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, mediante un microscopio con amplia iluminación.
Desnaturalización:	Proceso por el cual un medicamento o dispositivo médico pierde su estructura original y en consecuencia cambian muchas de sus propiedades físicas.
Dispensación:	Es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado realizada por el regente de farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia la información que debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los aspectos siguientes: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y, la importancia de la adherencia a la terapia.
Dispositivos Médicos:	Instrumento, herramienta, máquina, implemento de prueba o implante que se usan para prevenir, diagnosticar o tratar la enfermedad u otras afecciones.
Distribución física de medicamentos y dispositivos médicos:	Es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento o dispositivo médico que se encuentra en el establecimiento farmacéutico distribuidor autorizado sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico o el establecimiento farmacéutico, estableciéndose vínculos entre el prestador del servicio, el usuario y los canales de distribución.
Distribución intrahospitalaria de medicamentos:	Es el proceso con el cual se busca entregar los medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos, necesarios para la prestación de los servicios de salud, en las diferentes áreas de una institución.
Evento adverso:	Lesión o daño resultado de una atención en salud; que de manera no intencional se produjo.
Farmacovigilancia:	Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.
Gestión del servicio farmacéutico:	Es el conjunto de principios, procesos, procedimientos, técnicas y prácticas asistenciales y administrativas esenciales para reducir los principales riesgos causados con el uso innecesario o inadecuado y eventos adversos presentados dentro del uso adecuado de medicamentos, que deben aplicar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, establecimientos farmacéuticos y personas autorizadas, respecto al o los procesos autorizados en la prestación del servicio farmacéutico. Es característica fundamental del modelo de gestión del servicio farmacéutico la efectividad, el principio de colaboración y el compromiso de mejoramiento continuo, y su contenido será básicamente el determinado en el modelo de gestión del servicio farmacéutico, donde se desarrollarán los criterios y requisitos establecidos en este decreto.
Hematología:	Rama de la ciencia médica que se encarga del estudio de los elementos formes de la sangre y sus precursores, así como de los trastornos estructurales y bioquímicos de estos elementos, que puedan conducir a una enfermedad.
Historia Clínica:	Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
Incidente:	Evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención y bajo otras circunstancias pudo constituirse en un evento adverso.
Laboratorio clínico:	El 'Laboratorio clínico' es el lugar donde los profesionales de laboratorio de diagnóstico clínico realizan análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes. También se le conoce como Laboratorio de Patología clínica. Los laboratorios de análisis clínicos, de acuerdo con sus funciones, se pueden dividir en diferentes áreas.
Listado Básico de Medicamentos:	Es una respuesta a las necesidades de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico, que demanda la atención en salud de la población atendida.
Medicamentos:	Un medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.
Medicamentos de Control Especial:	Es el preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos de control especial, catalogados como tal en las convenciones de estupefacientes, precursores y psicotrópicos, o por el Gobierno Nacional, con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica definida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.
Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos, PRUM:	Corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con medicamentos, asociados a errores de medicación (prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente o cuidador), incluyendo los fallos en el Sistema de Suministro de Medicamentos, relacionados principalmente a la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos que garanticen la existencia de medicamentos que realmente se necesiten, acompañados de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación necesaria para su utilización correcta.
Problemas Relacionados con Medicamentos, PRM:	Es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente.

Rayos X:	La denominación rayos X designa a una radiación electromagnética, invisible, capaz de atravesar cuerpos opacos y de imprimir las películas fotográficas. Los rayos X son especialmente útiles en la detección de enfermedades del esqueleto, aunque también se utilizan para diagnosticar enfermedades de los tejidos blandos.
Reactivovigilancia:	Actividades que tienen por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos de calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo características que puedan estar relacionadas con estos.
Recepción Administrativa:	Es verificar que los medicamentos y dispositivos médicos solicitados correspondan con lo recibido y facturado por el proveedor. Igualmente confirmar las condiciones durante el tiempo de transporte, embalaje, envase, producto, cantidad y precio.
Recepción Técnica:	Es una inspección visual donde se determina y se registra en el acta de recepción todo lo relacionado con los aspectos técnicos del medicamento y dispositivos médicos.
Selección de medicamentos:	Es el conjunto de actividades interrelacionadas que de manera continua, multidisciplinaria y participativa se realiza en una institución de salud, para definir los medicamentos y dispositivos médicos con que se debe contar para asegurar el acceso de los usuarios a ellos, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia, calidad y costo.
Semaforización:	Es una herramienta que permite identificar y determinar en el momento oportuno, que medicamentos están próximos a vencer, permitiendo del mismo modo ejercer un control sobre estos.
Servicio farmacéutico:	Es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.
SOINFOS:	Sistema de información para operaciones en salud.
Tecnovigilancia:	La Tecnovigilancia se puede definir como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente estas tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de una población determinada
Uso adecuado de medicamentos:	Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.
Violación de la seguridad de la atención en salud:	Desviación deliberada (intencional) de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

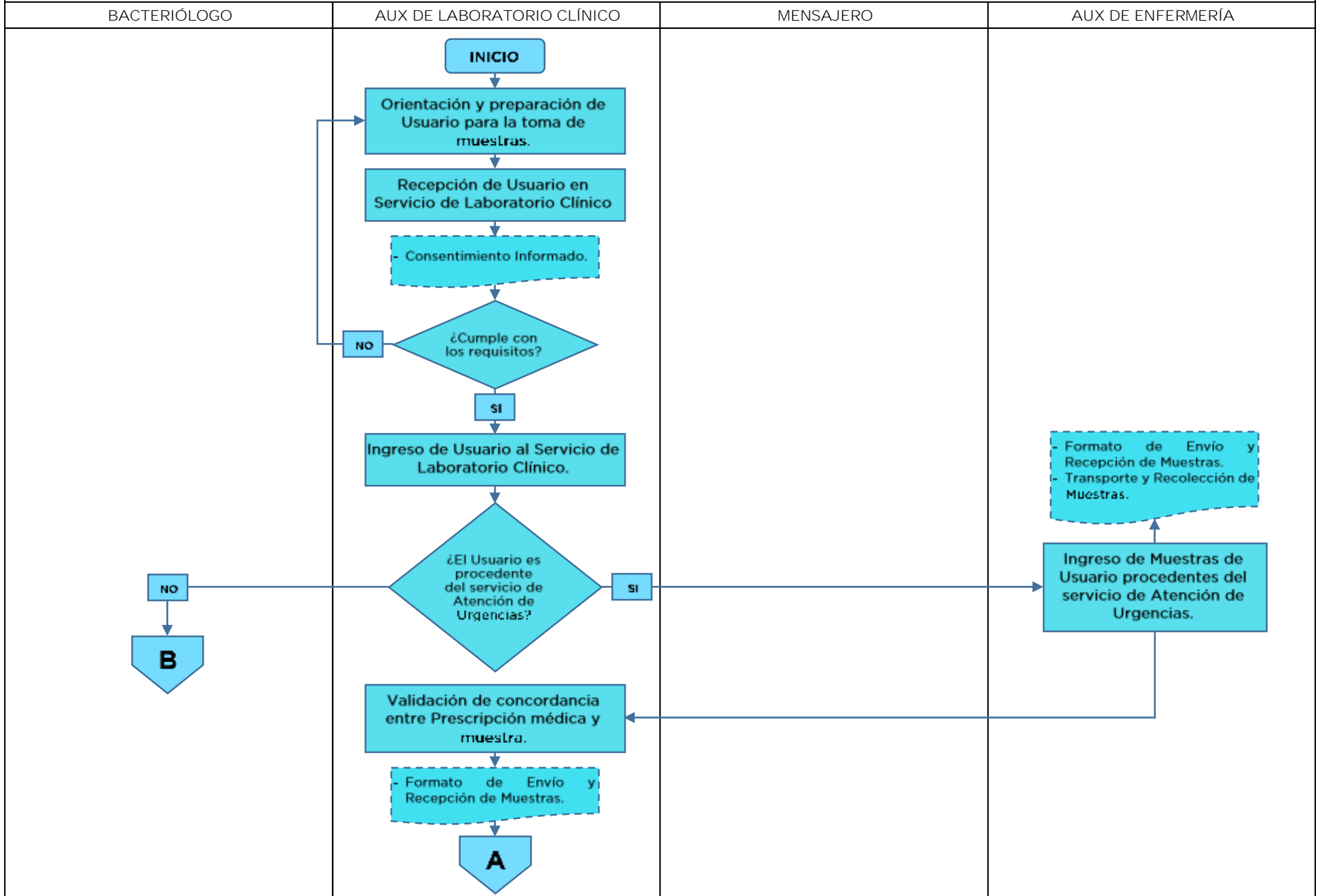
		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESOS	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Servicio Integral de Laboratorio Clínico			PD-AD-01	2
OBJETIVO	Procesar y analizar oportunamente muestras de laboratorio clínico, generando resultados confiables y con calidad, que apoyen el diagnóstico médico. Así mismo, garantizando la privacidad y confidencialidad del Usuario.						
RESPONSABLE	Bacteriólogo (a) y Auxiliar de laboratorio clínico						
ENTRADAS	Usuario, Prescripción Médica - Laboratorio, Consentimiento Informado (Para procedimientos que impliquen venopunción).						
PROVEEDORES	Usuario, Procesos Misionales, Terceros.						
SALIDAS	Resultados de laboratorio clínico confirmado, Consentimiento Informado, Formato de Envío y Recepción de Muestras, Recepción y Transporte de Muestras, Código de Barras, Formato de reporte de Fallas en la Atención, Documentación de las Acciones de Mejora y Planilla de Entrega de Resultados (Diligenciada).						
CLIENTE	Procesos Misionales, Usuario.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Orientación y preparación de Usuario para la toma de muestras.	Aux de Laboratorio Clínico o Aux de Enfermería (Pos Consulta).	<ul style="list-style-type: none"> Orienta y da instrucciones claras al Usuario, sobre la preparación, requisitos, lugar y fecha y hora para la toma de muestras y exámenes; Entregando el instructivo de toma de muestras. Verifica que el Usuario ha entendido las recomendaciones, a través de preguntas y pidiendo que este repita las instrucciones dadas. <p><i>Nota:</i> Si es posible se toma la muestra y examen en ese mismo momento; para los casos en que el Usuario se le esté prestando servicios de Atención de Urgencias u Hospitalización.</p>		Instructivo de Toma de Muestras.		
2	Recepción de Usuario en Servicio de Laboratorio Clínico Integral.	Aux de Laboratorio Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Recibe al Usuario en la fecha y hora programada, lo saluda y se presenta de manera cordial. Corroborar identidad del Usuario, según lo establecido en el Protocolo de identificación inequívoca de pacientes. Verifica que el Usuario cumpla con todos los documentos de ingreso al servicio y que haya recibido satisfactoriamente la orientación sobre la toma de muestras. <p><i>¿Cumple con los requisitos?</i></p> <p><i>Si:</i> Pasar a la siguiente Actividad N°3 (Ingreso de Usuario al servicio de Laboratorio Clínico)</p> <p><i>No:</i> Regresar a la Actividad N°1 (Orientación y preparación de Usuario para la toma de muestras).</p>		Consentimiento Informado; Prescripción Médica, Documento de Identificación.		
3	Ingreso de Usuario al Servicio de Laboratorio Clínico.	Aux de Laboratorio Clínico.	<p><i>¿El Usuario es procedente del servicio de Atención de Urgencias?</i></p> <p><i>Si:</i> Se pasa a la Actividad N°4.</p> <p><i>No:</i> Se ingresa Usuario en el Software del laboratorio a cargo del Operador Logístico y se salta a la Actividad N°6.</p>			BAXLAB	
4	Ingreso de Muestras de Usuario procedentes del servicio de Atención de Urgencias.	Aux de Enfermería, Bacteriólogo.	<p>La auxiliar de enfermería, toma muestras al Usuario procedente de Atención de Urgencias, que le hayan autorizado exámenes de laboratorio en este servicio; según el Protocolo de Toma de muestras.</p> <p>Una vez tomada la muestra, la traslada al laboratorio rotulada y con sus respectivas Prescripción Médicas. Luego, es recibida por el bacteriólogo de servicio y esta valida la idoneidad de la muestra. (Pasar a la actividad N°5).</p>		Formato de Envío y Recepción de Muestras. Manual de Toma, Transporte y Recolección de Muestras.		

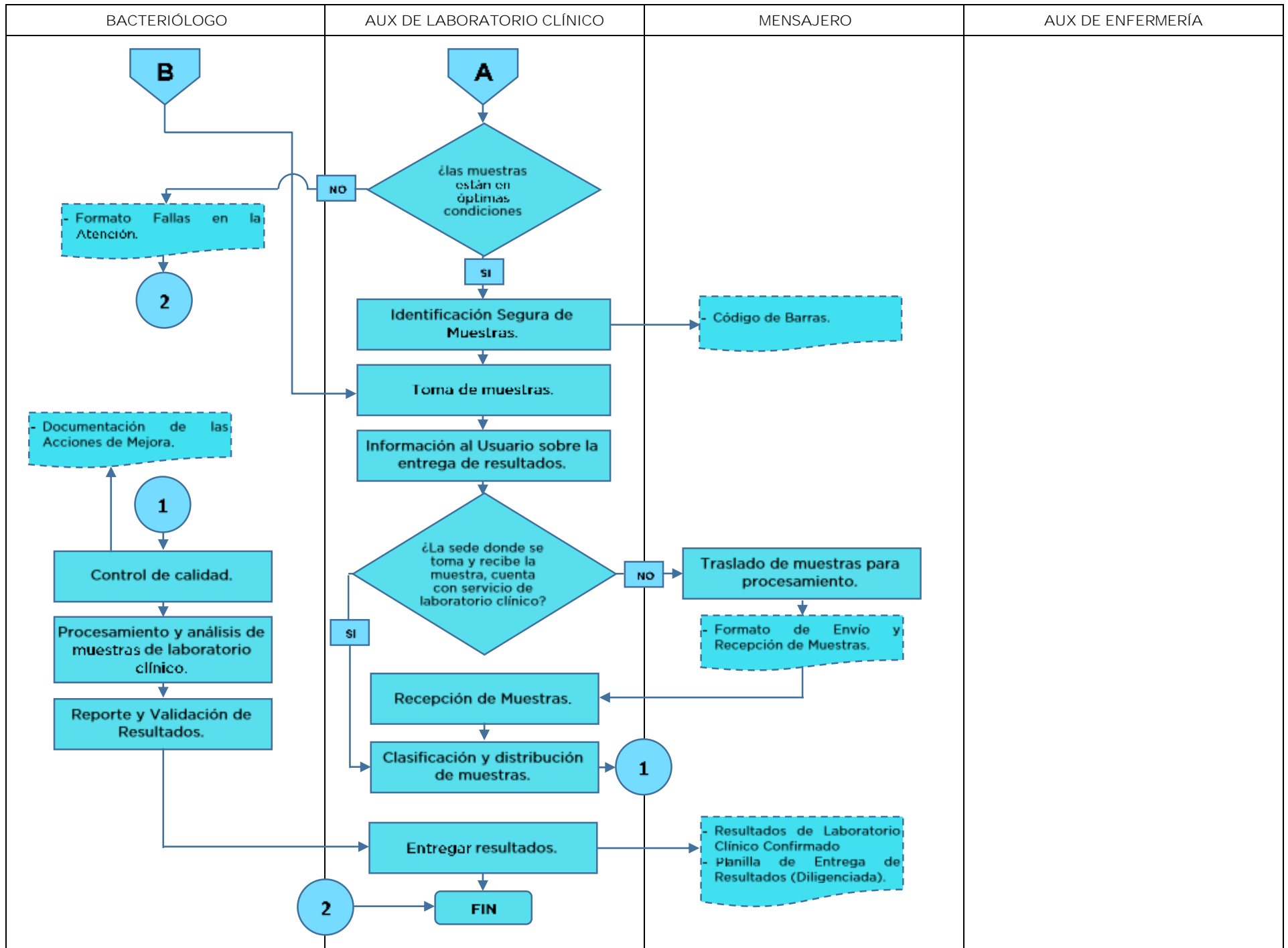
5	Validación de concordancia entre Prescripción médica y muestra.	Aux de Laboratorio Clínico, Bacteriólogo.	<p>Confronta los datos de la Prescripción médica y de las correspondientes muestras tomadas y recibidas, para verificar que correspondan al mismo Usuario; es esencial validar, que la muestra aplica para el examen de laboratorio requerido en la Prescripción Médica y que esté en óptimas condiciones para analizarlas, según protocolos.</p> <p><i>¿las muestras están en óptimas condiciones para ser analizadas?</i></p> <p><i>Sí:</i> Pasar a la actividad N°6.</p> <p><i>No:</i> Se rechazan las muestras y se notifica a Seguridad del Paciente (Formato Fallas en la Atención).</p> <p><i>Nota:</i> Esta información también queda registrada en el formato de envío y recepción de muestras.</p>	Formato de Envío y Recepción de Muestras, Formato de reporte de Fallas en la Atención; Prescripción Médica, Manual de Toma, Transporte y Recolección de Muestras.	
6	Identificación Segura de Muestras.	Aux de Laboratorio Clínico.	Una vez recibido el Usuario en el Software, se le asigna un código de barras para la identificación y trazabilidad de la muestra, entonces, se rotulan los tubos con los códigos de barra.	Código de Barras	BAXLAB
7	Toma de muestras.	Aux de Laboratorio Clínico y/o Bacteriólogo.	<p>Llama de manera controlada a los Usuarios para la toma de muestra y se ubican en los cubículos disponibles para tal fin. Se procede a explicarle al Usuario el procedimiento a realizar, luego se toma la muestra correspondiente.</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para Usuarios que requieran de pruebas de VIH, es esencial que Aux de Laboratorio Clínico se cerciore de que este haya diligenciado el Consentimiento Informado y haya recibido la Asesoría Pre- Prueba. - El Usuario es llamado a toma de muestras, mediante los documentos asignados de ingreso (Prescripción Médica y Código Asignado), los cuales se confrontan contra el documento de identidad, que debe ser entregado en el área de toma de muestras; luego de realizada esta actividad. 	Prescripción Médica; Código de Barras, Consentimiento informado, Documento de Identificación.	
8	Información al Usuario sobre la entrega de resultados.	Aux de Laboratorio Clínico.	<p>Informa al Usuario el lugar, fecha, horarios de atención y el tipo de documento que debe presentar para entrega de resultados. Así mismo, se debe indicar que hacer cuando el paciente tenga muestras pendientes por entregar al laboratorio.</p> <p>Para el Usuario que van a recibir exámenes de VIH y Serología, se procedería de la siguiente manera:</p> <p><i>¿Son reactivas las pruebas?</i></p> <p><i>Sí:</i> Se envían los resultados al jefe de enfermería a cargo del programa y se le informa al paciente sobre el envío de su resultado a esta dependencia.</p> <p><i>No:</i> Se sigue la ruta Normal de entrega de resultados.</p>		
9	<i>¿La sede donde se toma y recibe la muestra, cuenta con servicio de Laboratorio Clínico?</i>	Aux de Laboratorio Clínico y/o Bacteriólogo.	<p><i>Sí:</i> Saltar a la Actividad N°12</p> <p><i>NO:</i> Pasar a la Actividad N°10</p>		


10	Traslado de muestras para procesamiento.	Mensajero.	Una vez que las muestras están debidamente identificadas, organizadas y almacenadas en neveras de transporte (Cavas), con termómetro incorporado y provistas con hielo seco para mantener la cadena de frío, se entregan al mensajero asignado, para que este las traslade al Laboratorio Clínico; según el Manual de Toma, Recepción y Transporte de Muestras. Adjunto a las muestras, se diligencia el formato de Envío y Recepción de Muestras y las planillas de trabajo generadas por Software de laboratorio.	Formato de Envío y Recepción de Muestras, Recepción y Transporte de Muestras; Manual de Toma.	BAXLAB
11	Recepción de muestras.	Aux de Laboratorio Clínico.	Recibe las muestras enviadas desde las diferentes sedes, se verifica su calidad, se registra la temperatura y hora de llegada en el formato pertinente. Luego, se procede de acuerdo a la actividad N°9.	Formato de Envío y Recepción de Muestras.	
12	Clasificación y distribución de muestras.	Aux de Laboratorio Clínico y/o Bacteriólogo.	Clasifica las muestras según el área de procesamiento y las distribuye en cada asignación correspondiente. <i>Nota:</i> Aquellas muestras que requieran centrifugación y /o montaje especial, se le realiza de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos.	Manual de Procedimientos Técnicos.	
13	Control de calidad.	Bacteriólogo.	Verifica que los equipos biomédicos están en óptimo funcionamiento, antes de realizar el procesamiento de las muestras. Esto se realiza con la lectura del control interno y de acuerdo al Manual de Control Interno y Externo. <i>Nota:</i> En caso de que resulte con parámetros inválidos, debe consultar el manual de Usuario del equipo, seguir las recomendaciones que este plantea y realizar nuevamente el control de calidad. Si continúan los parámetros inválidos, se reporta de inmediato a quien le compete para solicitar soporte técnico en el menor tiempo posible.	Documentación de las Acciones de Mejora; Manual de Control Interno y Externo	
14	Procesamiento y análisis de muestras de laboratorio clínico.	Bacteriólogo.	Procesa y analiza las muestras correspondientes al Área de Hematología, Química, Microbiología, Inmunología, Microscopia; conforme al Manual de procedimientos Técnicos y las recomendaciones del fabricante para cada tipo de analito.	Manual de procedimientos Técnicos.	
15	Reporte y Validación de Resultados.	Bacteriólogo.	Observa los resultados arrojados por el Software del laboratorio, para verificar que estos están bajo los parámetros normales. De esta forma el Bacteriólogo valida los resultados en la plataforma del Software. <i>Nota:</i> Cuando los resultados presentan inconsistencias o resultados fuera de los parámetros normales, el bacteriólogo consulta sobre las condiciones clínicas del Usuario e indaga acerca de los medicamentos, tratamiento previo y demás datos que contribuyan a la confirmación de resultados.		BAXLAB
16	Entregar resultados.	Aux de Laboratorio Clínico.	- Para los servicios de Consulta Externa: el Usuario debe acercarse al lugar, fecha y hora convenida para la entrega de resultados. Este presenta el documento de identificación al responsable de la entrega, quien verifica que los datos correspondan. Si corresponden se entregan en físico y se le hace firmar la planilla de entrega de resultados, generada por el software del laboratorio. Así mismo, se hace la devolución del documento de identidad y se orienta al Usuario para que asista donde el médico que le ordenó los paraclínicos para su interpretación y manejo.	Resultados de Laboratorio Clínico Confirmado, Planilla de Entrega de Resultados (Diligenciada).	BAXLAB

			- Para el servicio de Atención de Urgencias: Los resultados son cargados al correo pertinente y enviados a los servicios de Atención de Urgencias de la sede correspondiente, apoyando al Médico a dar un diagnóstico.		
OBSERVACIONES	<p>CALIDAD DE LAS MUESTRAS - INCONSISTENTES: Cuando se sospecha de daño en la muestra o que no cumpla las condiciones requeridas, bien sea que se identifique en el sitio de toma de muestras (Atención de Urgencias, zona urbana y rural), donde se procesa o en procesos de transporte, se debe informar al servicio de Atención de Urgencias de donde proviene la muestra, al Aux de Laboratorio Clínico responsable del sitio de toma de muestra y al Usuario o paciente para su retoma. Si el paciente ya salió del centro asistencial, se debe contactar antes de 24 horas, salvo en casos específicos, como hemólisis en muestras de pacientes con síndrome de Down, sueros turbios de pacientes lipémicos que debe ser inmediato.</p> <p>Esta información debe formar parte del seguimiento de los eventos adversos. Responsables: Según corresponda a auxiliar de laboratorio clínico (sede) en toma de muestras, o auxiliar interno del servicio de laboratorio clínico, cuando las muestras ya se reciben para procesamiento (incluye los daños en procesos de transporte).</p> <p>SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de incidentes y eventos adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente, implantadas por la E.S.E. Vidasinú.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo: Subdirector Científico.		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

RESPONSABLE






	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNOSTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Toma de Rayos X			PD-AD-02	1
OBJETIVO	Apoyar en la definición del diagnóstico médico y odontológico a través de la toma de rayos X para proveer información sobre los tejidos profundos no visibles a simple vista, garantizando la calidad y seguridad del paciente.					
RESPONSABLE	Medico(a), Odontólogo(a)					
ENTRADAS	Órdenes para toma de Rayos X, Guías de manejo y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Usuarios Consulta Médica, de Urgencias y Odontológica					
SALIDAS	Placa radiográfica					
CLIENTE	Usuarios, Consulta Médica, de Urgencia y Odontológica					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Verificar orden de solicitud de toma de Rayos X	Técnica de Rayos X, auxiliar de odontología	Confrontar y verificar orden de solicitud. Interrogar al Usuario, sede de procedencia, impresión diagnóstica. Cuando es mujer indagar si se encuentra en estado de embarazo, si no se encuentra en embarazo continuar el procedimiento. Orientar al Usuario para que facture el servicio.	Documento de identidad, Solicitud u Orden de Rx.		
2	Confirmar estado de embarazo de las Usuarías	Técnica de Rayos X, auxiliar de odontología	Si la usuaria está embarazada, solicitar criterio Medico para la toma de Rayos X.	Criterio Medico, Consentimiento informado.		
3	Verificar derechos.	Facturador	Verificar derechos.	Documentos de Identificación,		
4	Facturar el procedimiento	Facturador	Facturar según procedimiento vigente.	Factura		
5	Inscribir al paciente en la agenda diaria de pacientes de RX	Técnica de Rayos X, auxiliar de odontología	Realizar el registro en el formato diario de toma de Rx, y hacer firmar al Usuario.	Factura, Formato de Registro diario de Rx.		
6	Verificar el sitio de toma de imágenes, sobre los cuales se requiere el estudio	Técnico de Rayos X, auxiliar de odontología	Verificar el sitio de toma de imágenes, sobre los cuales se requiere el estudio, confrontando con la orden de Rx.			
7	Tomar la placa radiográfica	Técnico de Rayos X, auxiliar de odontología	Colocar el chaleco plomado al Usuario de acuerdo al sitio de toma de imagen y ubicarlo para la ejecución del procedimiento, en el caso de ser procedimiento odontológico, ubicar la placa intraoralmente e indicar la posición en que debe mantenerse mientras se realiza la toma. El Odontólogo debe colocarse el chaleco plomado para protección, sale del área de la toma, cierra la puerta, y oprime el botón para activar el rayo del equipo.			
8	Retirar los elementos de trabajo y de protección utilizados por el paciente.	Técnico de Rayos X, auxiliar de odontología	Retirar placa de la boca del paciente y elementos de protección			
9	Revisar las imágenes diagnósticas y/o Revelado de la radiografía	Técnico de Rayos X, auxiliar de odontología	Confrontar las imágenes diagnósticas con el fin de revisar la calidad de la imagen, Revelar la radiografía, pasándola por fijador, agua y líquido revelado. Los tiempos dependen de las especificaciones del fabricante de la radiografía.			
10	Registrar la toma de RX en Historia Clínica	Técnica de Rayos X, auxiliar de odontología	Registrar la toma de RX en Historia Clínica, indicando el diente al cual se tomó la placa. Indicar cuando las pacientes se encuentran o no en embarazo. Anexar el consentimiento informado o disentimiento cuando se requiera.	Historia Clínica		

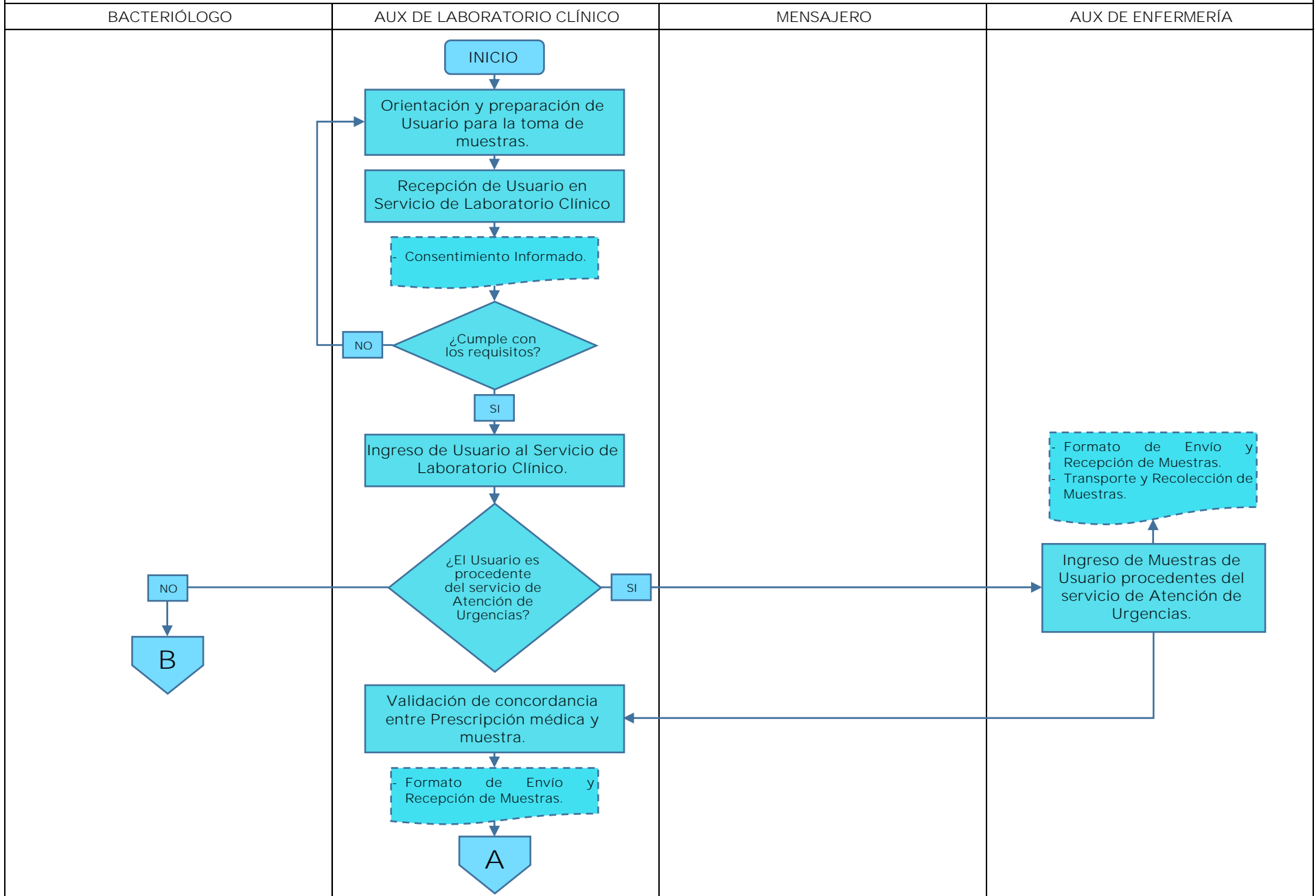
11	Entregar de resultados al usuario	Técnica de Rayos X, auxiliar de odontología	Entregar placa radiográfica al usuario, para que la presente al Médico y/o Odontólogo que la solicitó.		
OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente establecida por la E.S.E. Vidasinú.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: MARCO TÁMARA BURGOS. Cargo: Coordinador Médico.		Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

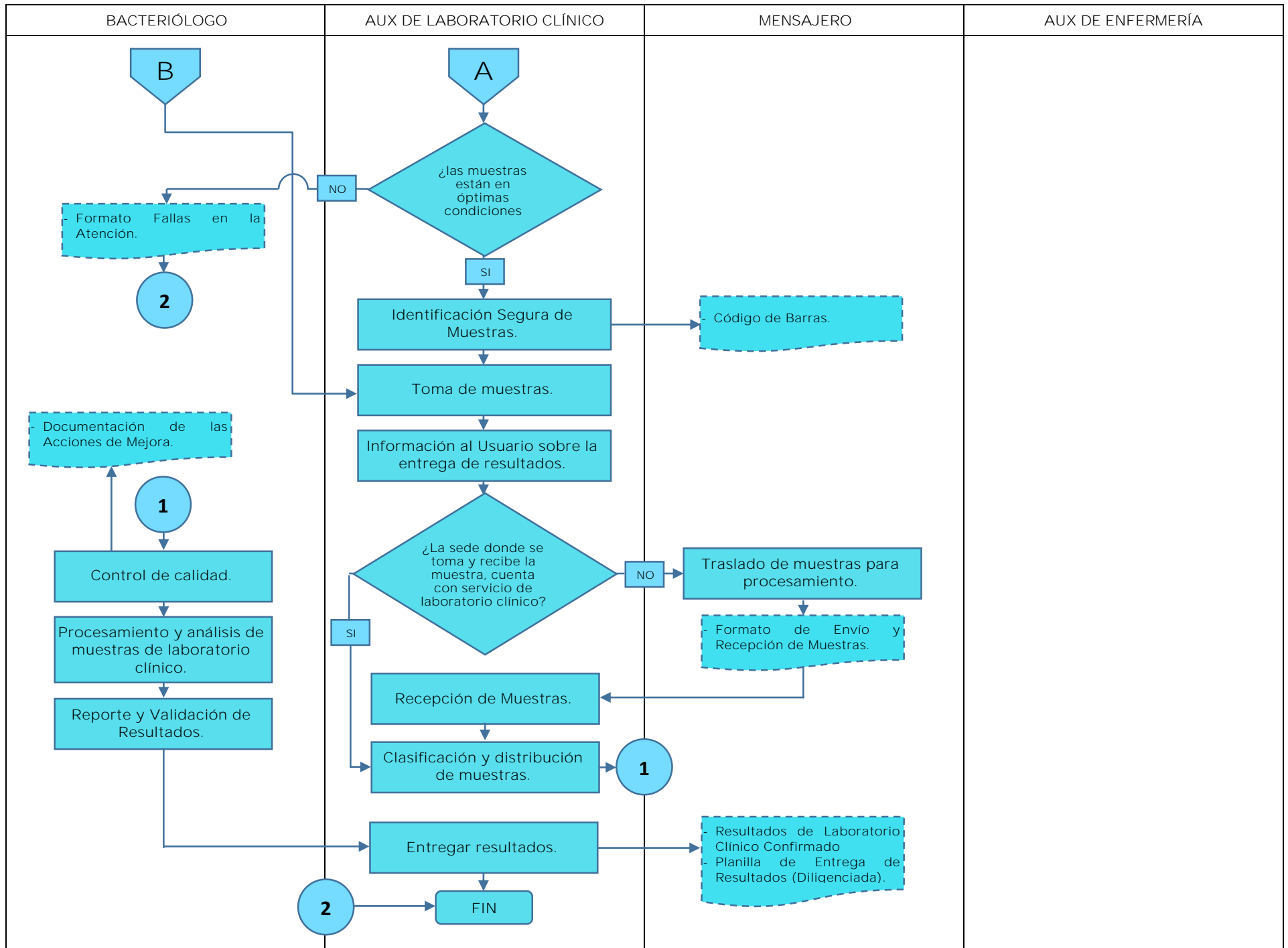
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESOS	Código	MP-MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR-AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Toma de ecografía obstétrica			PD-AD-03	1
OBJETIVO	Apoyar en la definición del diagnóstico médico y seguimiento a etapas del embarazo a través de la toma de ecografías obstétricas para proveer información sobre el estado del producto, garantizando la calidad y seguridad del paciente.					
RESPONSABLE	Medico(a) ginecólogo					
ENTRADAS	Órdenes para toma de ecografías obstétricas, Guías de manejo y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Usuario, Consulta Médica y de Urgencias					
SALIDAS	Ecografía					
CLIENTE	Usuario, Consulta Médica y de Urgencia					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Verificar orden de solicitud de toma de ecografía obstétrica	Ginecólogo	Confrontar y verificar orden de solicitud. Interrogar al Usuario, sede de procedencia, impresión diagnóstica. Orientar al Usuario para que facture el servicio.	Documento de identidad, Solicitud u Orden de ecografía.		
2	Verificar derechos.	Facturador	Verificar derechos.	Documentos de Identificación,		
3	Facturar el procedimiento	Facturador	Facturar según procedimiento vigente.	Factura		
4	Inscribir al paciente en la agenda diaria de pacientes de ecografías obstétricas	Ginecólogo	Realizar el registro en el formato diario de toma de ecografías obstétricas, y hacer firmar al Usuario.	Factura, Formato de Registro diario de ecografías obstétricas		
5	Ingreso a la sala de ecografías	Ginecólogo	El ginecólogo expresa al usuario las Indicaciones para la realización de la ecografía			
6	Interrogatorio y anotación de datos clínicos.	Ginecólogo	El ginecólogo realiza el respectivo registro de los datos clínicos del paciente	Registro Clínico		
7	Informar su respectivo reporte.	Ginecólogo	El ginecólogo Informar al paciente sobre entrega de ecografía y su respectivo reporte			
8	Entrega de resultados	Ginecólogo	Se le entregan los resultados al usuario			
OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO A RIESGO: Diligenciar el formato de seguimiento a riesgo por servicios, de forma diaria. El reporte de incidentes y eventos adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente, implantadas por la E.S.E. Vidasinú.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: MARCO TÁMARA BURGOS. Cargo: Coordinador Médico.		Nombre: GUSTAVO ORDOSGOITIA. Cargo: Subdirector Científico.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Selección de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico.				SP-SF-01	1	
OBJETIVO	Definir el listado de medicamentos y dispositivos médicos que la institución requiere, para brindarle de manera segura al usuario prevención, tratamiento y diagnóstico, contemplando el perfil epidemiológico, los beneficios terapéuticos, económicos y administrativos y el listado de medicamentos POS.						
RESPONSABLE	COFYTE, Regente de Farmacia, Coordinador Odontología.						
ENTRADAS	Solicitud de Actualización del Listado Básico de Medicamentos.						
PROVEEDORES	Personal Médico y Odontológico.						
SALIDAS	Actualización del Listado Básico de Medicamentos, Consolidado del Consumo Histórico.						
CLIENTE	Servicio Farmacéutico, Sub administrativa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Definición de las necesidades del servicio farmacéutico.	COFYTE.	<p>Luego de recibir de parte de Sub Administrativa una Solicitud de Actualización del Listado Básico de Medicamentos, para incluirlos en el Plan Anual de Adquisiciones.</p> <p>Así que, se solicitan el reporte de las 10 primeras causas de morbilidad en los servicios ambulatorios y de urgencias; así mismo, el perfil epidemiológico del último año como mínimo. A fin de, realizar un análisis retrospectivo, que partiendo de la interacción de los diferentes procesos asistenciales de la institución que intervienen en el uso de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico, determine el consumo promedio mensual, contemplando lo gastado por cada servicio farmacéutico y centros de salud.</p>	Consolidado del Consumo Histórico.			
2	Elaboración del Listado Básico de Medicamentos.	COFYTE.	<p>Una vez definidas las necesidades del servicio farmacéutico, elaboran el Listado Básico de Medicamentos; de igual modo, se hace un análisis sistemático que determine la inclusión de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico que no habían sido determinados en la actividad anterior.</p> <p>Para la elaboración del Listado Básico de Medicamentos, es tomando en consideración la comparación de la información extraída del análisis de la actividad anterior con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Calidad y precio. - Disponibilidad en el mercado. - El Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y NO POS. - El perfil epidemiológico de la población. - El consumo histórico de la institución (del último año como mínimo). - Los criterios de eficacia, seguridad obtenida en estudios clínicos. 	Listado Básico de Medicamentos.			
3	Solicitud de análisis de inclusión y exclusión.	Personal Médico y Odontológico.	Diligencia el Formulario de Inclusión y Exclusión, para distinguir aquellos medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico que no se encuentran en los consumos institucionales, pero que por solicitud de los profesionales que prestan servicios asistenciales en la institución, se deban incluir; así mismo, la solicitud de exclusión de aquellos que	Formulario de inclusión y exclusión.			


			<p>fueron determinados en la actividad anterior, por criterio de los mismos.</p> <p>El profesional solicitante debe anexar referencias bibliográficas, artículos u otros documentos que le den el soporte suficiente a la solicitud.</p>		
4	Aprobación de la solicitud Inclusión o Exclusión.	COFYTE.	<p>Analiza la solicitud bajo los siguientes criterios, para una efectiva selección:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentación científica para evaluar los medicamentos por adicionar o excluir. - Estudios confiables sobre los medicamentos por adicionar o excluir. - Propuestas para las condiciones de uso de los medicamentos por adicionar. - Estudios fármaco - económicos de los medicamentos por seleccionar o adicionar. - Disponibilidad en el mercado. <p>También será considerado el criterio del coordinador de farmacia en lo que respecta a la calidad y precio, recepción y almacenamiento, distribución, devolución al proveedor por fecha próxima de vencimiento, ofrecimiento, destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.</p>	Formulario de Inclusión y Exclusión revisado por comité, Acta de asistencia COFYTE.	
5	Socialización del Listado Básico de Medicamentos definitivo.	Gerente, Sub Administrativa, COFYTE, Comité de Compras.	Una vez definido el Listado Básico de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico definitivo, se socializa con las áreas involucradas y se envía a Subdirección Administrativa, para establecer el monto de compra por rublos, dentro del plan de compras, firmándose posteriormente el convenio con los proveedores.	Listado Básico de Medicamentos (Aprobado).	
6	Selección de proveedores.	Gerente, Comité de compras, Oficial de Cumplimiento, Asesor jurídico.	Escogen a los proveedores con mejores garantías (calidad, oferta, oportunidad, servicio y eficacia), además se realiza el respectivo trámite del requerimiento a proveedor(es) a través del proceso de compra.		
7	Comparación de precios SISMED.	Regente de Farmacia, Asesor jurídico.	Una vez se tiene la cotización de los proveedores se busca en la base de datos de SISPRO el precio de los medicamentos y se realiza la comparación. Cuando un medicamento este por encima del precio sugerido por el SISMED se le notificará al proveedor y deberá ajustar el precio.		
OBSERVACIONES		<ul style="list-style-type: none"> la información concerniente al consumo de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico de la institución, se consolida en todas las sedes de la misma y se remite a la sede administrativa para llevar un registro controlado. <p>EVENTOS ADVERSOS: El reporte de incidentes y eventos adversos es obligatorio y debe adelantarse según las directrices establecidas de acuerdo a la política de seguridad del paciente, implantadas por la E.S.E. Vidasinú.</p>			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

RESPONSABLE






	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Adquisición de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico.				SP-SF-02	1
OBJETIVO	Adquirir los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos, que han sido incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones; a fin de, tenerlos disponibles para que la institución desarrolle su objeto social satisfactoriamente.					
RESPONSABLE	Almacenista.					
ENTRADAS	Listado Básico de Medicamentos.					
PROVEEDORES	Proveedores externos de medicamentos, Gestión de Recursos Físicos.					
SALIDAS	Orden de Pedido.					
CLIENTE	Servicio Farmacéutico.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Programación de necesidades.	Almacenista General.	Determina la cantidad de medicamentos, dispositivos médicos y materiales odontológicos, que requiere el servicio farmacéutico para una (1) semana, conforme al consumos históricos promedio de cada ITEM, comparado con las necesidades surgidas y la oferta por servicios, de igual modo, el presupuesto disponible definido por el convenio interadministrativo.			
2	Solicitud de pedido.	Almacenista General.	Solicita al proveedor externo los medicamentos, dispositivos médicos y materiales odontológicos; a través, del envío de un correo formal, con la descripción, presentación y cantidades de cada ITEM a pedir.	Orden de Pedido	ESPIRAL	
3	Seguimiento a la adquisición.	Sub Administrativa, COFYTE, Comité de Compras, oficial de cumplimiento, Asesor jurídico.	Controlará continuamente el cumplimiento en términos de economía, transparencia y selección objetiva del proveedor; así mismo, se tendrá en cuenta el sistema de codificación para medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con lo establecido por la normatividad vigente.			
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios prioritarios de la institución enviarán de manera oportuna, continua y veraz al Servicio Farmacéutico y a la Sub Administrativa de la E.S.E. (Comité de Compras), toda la información que vaya adquiriendo respecto a medicamentos y dispositivos médicos y la afectación de las necesidades. Se deberán analizar las causas que incidieron en la modificación notable de los consumos. 					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Recepción de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico.				SP-SF-03	1	
OBJETIVO	Verificar lo recibido con respecto a lo solicitado, comparando las cantidades y condiciones de los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos recibidos de parte de proveedores externos.						
RESPONSABLE	Almacenista General y Regente de Farmacia.						
ENTRADAS	Factura, Orden de Pedido, Medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.						
PROVEEDORES	Proveedor externo de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.						
SALIDAS	Ajuste de Entrada, Factura (Chequeada y firmada), Acta de Recepción y Acta de Devolución.						
CLIENTE	Servicio Farmacéutico.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Inspección de parámetros Administrativa.	Almacenista General y Regente de Farmacia.	<p>Recibe la Factura y verifica que esté dirigida a la ESE Vidasinú; así mismo, chequea que los ítems descritos en dicha factura correspondan al producto solicitado, en las cantidades, con el precio, la marca, embalaje requerido y en el plazo estipulado en la Orden de Pedido.</p> <p><i>¿La factura recibida contiene ítems agotados, que son requeridos con urgencia en la operación de la E.S.E.?</i></p> <p><i>Sí:</i> Saltar a la actividad N°3.</p> <p><i>No:</i> Seguir con la actividad N°2.</p>	Factura, Orden de Pedido.			
2	Clasificación y Ubicación de Embalajes.	Almacenista General y Regente de Farmacia.	Coordina con el personal logístico del proveedor externo, La ubicación de los embalajes en el punto de acopio y sobre las estibas o estanterías que se dispongan; separándolos por grupos de acuerdo a la factura correspondiente, para facilitar la inspección.				
3	Inspección Física de Cantidades y Condiciones.	Almacenista General y Regente de Farmacia.	<p>Hace un comparativo entre lo solicitado y lo recibido, a través de una inspección física de las cantidades y condiciones de embalaje en que son entregados los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos al servicio farmacéutico; esto para constatar, además, el cumplimiento de las condiciones de transporte por parte del proveedor externo, de acuerdo a los requisitos y condiciones de transporte establecidos en la ficha técnica de cada producto.</p> <p>Localiza los productos con inconformidades detectadas en la actividad anterior en área de cuarentena dispuesto temporalmente, hasta que se corrija dicha inconsistencia con el proveedor; de no ser corregidas las inconsistencias físicas, se rechazan dichos productos.</p> <p><i>Nota:</i> Es necesario aclarar que todo esto se hace en presencia de las personas que realizan la entrega respectiva.</p>	Factura y Traslado de Pedido (Firmada por Regente de Farmacia)			
4	Productos no Conformes - Según Inspección Física.	Regente de Farmacia.	<p><i>¿Se pueden corregir las inconsistencias en los productos durante la Inspección Física de Cantidades y Condiciones?</i></p> <p><i>Sí:</i> Seguir con la actividad N°5.</p> <p><i>No:</i> Saltar a la actividad N°9.</p>				

5	Elaboración y Aplicación del Plan de Muestreo.	Regente de Farmacia.	<p>Calcula el tamaño de la muestra aplicando las recomendaciones de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 2859-1 (Procedimientos de Muestreo para Inspección por Atributos. Parte 1: Planes de Muestreo Determinados por el Nivel Aceptable de Calidad (NAC) para Inspección Lote a Lote).</p> <p>Se le aplica el plan de muestreo al total de unidades recibidas, tomando unidades de la muestra de forma aleatoria, en las diferentes cajas de embalaje de producto.</p>		
6	Inspección de Parámetros Técnicos.	Regente de Farmacia.	<p>Realiza una inspección a cada unidad de la muestra extraída de los productos y registra las observaciones en el Acta de Recepción, para verificar el cumplimiento de especificaciones técnicas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para medicamentos y material odontológicos: Principio activo, Forma farmacéutica, Concentración, Lote, Fecha de Vencimiento, Presentación comercial, Unidad y Registro sanitario (INVIMA). - Para dispositivos médicos: Descripción, Marca, Serie, Presentación Comercial, Registro sanitario (INVIMA), Clasificación de riesgo y Vida útil. <p>Para ambos casos se debe considerar la vida útil de los productos con respecto a la rotación de los mismos; esto con el fin de alcanzar el consumo total de los mismos, en un tiempo determinado.</p> <p>Todos estos parámetros se encuentran establecidos en la ficha técnica de cada producto.</p>	Acta de Recepción.	
7	Separación de Productos no Conformes - Según Inspección de Parámetros Técnicos.	Regente de Farmacia.	<p><i>¿Se encontraron inconsistencias en productos durante la Inspección de Parámetros Técnicos?</i></p> <p><i>Sí:</i> Localizar productos inconformes en área temporal de cuarentena y se sigue con la actividad N°8.</p> <p><i>No:</i> Saltar a la actividad N°11.</p>		
8	Revisión de hallazgos de incumplimiento.	Almacenista general, Regente de Farmacia.	<p>Revisa de forma detallada los hallazgos de incumplimiento en los parámetros técnicos de los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológicos.</p> <p>Se determina si se acepta (AC) o se Devuelve (DV) el lote (suspende la compra de los productos): si el número de unidades con defecto supera los parámetros de aceptación establecidos en el plan de muestreo.</p> <p><i>Nota:</i> Todo esto se hace en presencia de las personas que realizan la entrega respectiva.</p>		
9	Devolución de Productos.	Regente de farmacia.	<p>Separa los productos rechazados en un punto de acopio temporal destinado para tal fin.</p> <p>Se debe dejar constancia por escrito de la Devolución (DV) a través de un Acta de Devolución, dejando registros detallados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las razones administrativas o técnicas por las cuales se hace la devolución. - Unidades defectuosas. - Tipo de defecto. - Categoría impuesta al incumplimiento: Crítico (CR), mayor (M), menor MN. - Los pendientes generados en la recepción. 	Acta de Devolución.	

			La persona que realizan la entrega respectiva y que representa al proveedor en ese momento, debe dar el visto bueno y firmar el Acta de Devolución.		
10	Reporte de Novedades.	Almacenista General y Regente de Farmacia.	Reporta la devolución al proveedor por correo electrónico, en las siguientes 48 horas después de recibido del pedido, para analizar, aclarar e intercambiar información, respecto a las devoluciones y condiciones sobre las unidades devueltas y que esta forma, sean reemplazadas las unidades rechazadas en el menor tiempo posible; se deben adjuntar los soportes respectivos. Así mismo, reporta inmediatamente por escrito a la Gerencia, Oficial de Cumplimiento y Almacén de la ESE Vidasinú, la detección de un producto con sospecha de ser fraudulento o con algún tipo de alteraciones indebidas, para que se inicien los trámites pertinentes ante los entes de control correspondientes.	Acta de Devolución.	
11	Registro de entrada al sistema de inventario.	Jefe de Almacén, Regente de Farmacia.	Carga al inventario los productos aceptados, para ser almacenados y se les aplique todos los controles de manejo de inventario establecidos.	Factura.	Software Clintos.
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Almacenamiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Material Odontológico.			SP-SF-04	1	
OBJETIVO	Conservar las especificaciones técnicas con las que fueron fabricados los medicamentos, dispositivos médicos y materiales odontológicos, de manera que se asegure la calidad de estos hasta su utilización. Adhiriéndose a las condiciones técnicas del fabricante, a las normas higiénico sanitarias y al cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento.					
RESPONSABLE	Regente de Farmacia.					
ENTRADAS	Acta de Recepción, Listado Básico de Medicamentos.					
PROVEEDORES	Servicio Farmacéutico.					
SALIDAS	Formato de Registro de Humedad y Temperatura, Formato de Registro de Temperatura de Nevera, Control de plagas y roedores realizados, Reporte de vencimientos y/o Averías, Plan de gestión de residuos. (PGIRASA).					
CLIENTE	Servicio Farmacéutico.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS
1	Clasificación y almacenamiento.	Regente de Farmacia.	<p>Una vez recibido y aprobado los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico y verificado el acta de recepción de los mismos, se clasifican de acuerdo a los criterios de almacenamiento definidos por el fabricante.</p> <p>Luego, se procede a almacenarlos en orden alfabético, de acuerdo con la Denominación Común Internacional (DCI); o nombre genérico. Empezando de arriba hacia abajo del primer estante, siguiendo un orden alfabético y practicando el método de la clasificación FIFO (primero en expirar, primero en salir), pero por fecha de vencimiento; es por eso de mucha importancia que se almacenen los productos de tal modo, que las fechas de fabricación y de vencimiento sean visibles</p> <p>Los líquidos de gran volumen (soluciones estériles) se almacenarán sobre estibas plásticas.</p>			
2	Registro de condiciones ambientales.	Regente de Farmacia.	<p>Se realizan revisiones de temperatura y humedad relativa diariamente y se llevan estos registros en el Formato de Registro de Humedad y Temperatura; para esta medición se usa un Termohigrómetro.</p> <p>Para los medicamentos almacenados en nevera se lleva control de cadena de frío y se registra en el Formato de Registro de Temperatura de Nevera.</p> <p>En caso de desviaciones presentadas en los controles de temperatura y humedad relativa, se reporta de inmediato subdirección científica y administrativa y se solicita el mantenimiento inmediato de los equipos de refrigeración; en caso un corte del fluido eléctrico (Apagón), se solicita la instalación inmediata de un generador portátil (Planta Eléctrica) o se solicitan una Cava portátil.</p>		Formato de Registro de Humedad y Temperatura, Formato de Registro de Temperatura de Nevera.	
3	Orden, aseo y manejo de plagas y roedores.	Regente de Farmacia.	<p>Se debe realizar diariamente aseo y desinfección de las áreas de almacenamiento del servicio farmacéutico, estableciendo y manteniendo el orden en todas las áreas.</p> <p>Así mismo, se debe reportar la presencia de plagas y/o roedores al experto pertinente, para que este lleve a cabo un control integral mediante fumigaciones periódicas.</p>		Control de plagas y roedores realizados.	

4	Control de fechas de vencimiento y de averías.	Regente de Farmacia.	<p>Partiendo de la información aportada desde la recepción por el Listado Básico de Medicamentos y por el Acta de Recepción, donde se detalla con exactitud las fechas de vencimiento de los medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico, se procede a semaforizar para determinar en el momento oportuno, que medicamentos están próximos a vencer; la semaforización se efectúa de acuerdo a la rotación de los medicamentos, y su código de colores se establece de la siguiente forma:</p> <table border="1" data-bbox="808 337 1428 487"> <tr> <td data-bbox="808 337 955 381">VERDE</td> <td data-bbox="955 337 1428 381">Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, mayor a 8 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 381 955 425">AMARILLO</td> <td data-bbox="955 381 1428 425">Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, entre 3 y 8 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 425 955 487">ROJO</td> <td data-bbox="955 425 1428 487">Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, menor a 3 meses</td> </tr> </table> <p>Para los productos averiados, vencidos o que presentan cierta inestabilidad según su forma farmacéutica (Precipitados, turbidez, crecimiento de hongos, separación de fases en emulsiones, cambios de color, capacidad de re-dispersión al agitar, etc.) se debe notificar a sub administrativa, diligenciar el formato de Reporte de Vencimientos y/o Averías y trasladar al área de cuarentena.</p>	VERDE	Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, mayor a 8 meses	AMARILLO	Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, entre 3 y 8 meses	ROJO	Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, menor a 3 meses	Reporte Vencimientos de Averías. y/o	Clintos
VERDE	Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, mayor a 8 meses										
AMARILLO	Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, entre 3 y 8 meses										
ROJO	Fecha de Vencimiento del medicamento y/o insumo, menor a 3 meses										
5	Manejo de residuos de medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos.	Regente de Farmacia.	Los residuos generados por el Servicio Farmacéutico en general (Averías y Vencidos) se disponen en un punto de acopio del área de cuarentena, clasificados de acuerdo a su principio activo, grupo farmacológico y descripción del motivo de disposición. Luego, se gestiona la entrega de estos residuos a la empresa BIORESIDUOS, registrando cada producto en el formato correspondiente y dándole las salidas correspondientes del inventario (Bajas).	Plan de gestión de residuos. (PGIRASA).							
OBSERVACIONES		<p>- En cada sede se verifican los medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos ya dispensados, que presenten código Rojo y que a su vez proyecten una baja rotación de consumo en la operación de los servicios de la ESE, para realizar según cronogramas la devolución de los mismos al almacén del Servicio Farmacéutico. De esta forma se hace posible, su distribución en sedes que, si tengan mucha más rotación de consumo, gestionando de inmediato con el responsable para el traslado del mismo.</p>									
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ							
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.							
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.							
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú							


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Distribución Intrahospitalaria de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Odontológicos.				SP-SF-05	1	
OBJETIVO	Distribuir los medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos necesarios para prestar los servicios de salud en las diferentes áreas de servicio de la empresa, mediante una provisión oportuna y en las cantidades y formas farmacéuticas correctas.						
RESPONSABLE	Regente de Farmacia, Médico, Odontólogo.						
ENTRADAS	Listado Básico de Medicamentos, Formato para Costeo por Protocolo.						
PROVEEDORES	Procedimiento - Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y material odontológico.						
SALIDAS	Prescripción Médica, Formato Solicitud de Pedido.						
CLIENTE	Atención de Urgencias, Hospitalización, Procedimiento - Consulta Odontológica, Procesos de Apoyo.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Elaboración de Prescripción Médica.	Médico, Odontólogo.	<p>Una vez establecido el diagnóstico, El Médico elabora y carga la Prescripción Médica al Módulo correspondiente del Software institucional, para ordenar los medicamentos, dispositivos médicos, al Usuario que está siendo atendido en las áreas de servicio de Atención de Urgencias u Hospitalización. Para prescribir los medicamentos, dispositivos médicos, el médico tratante, deberá tener en cuenta el Listado Básico de Medicamentos de la institución.</p> <p>La Prescripción Médica debe ser diligenciada correctamente y en la eventual circunstancia, en que esta se elabore manualmente, deberá ser legible y cumplir con los requerimientos de la normatividad vigente.</p> <p>En el procedimiento de Consulta Odontológica de la Consulta Externa, el Odontólogo carga al módulo de Odontología las prácticas odontológicas que se le van a realizar al Usuario, para así, registrar en la ventana correspondiente los dispositivos odontológicos a utilizar.</p>	Prescripción Médica	Clintos		
2	<i>¿Se hará Distribución a los Usuarios en Atención de Urgencias y Hospitalización?</i>	Regente de Farmacia, Aux de Farmacia.	<p><i>SI:</i> Saltar a la Actividad N°5</p> <p><i>NO:</i> Pasar a la Actividad N°3</p>				
3	Entrega de Dispositivos Odontológicos.	Aux de Odontología.	<p>Una vez definido en el Software, el procedimiento odontológico que se le practicará al Usuario de la Consulta Odontológica; entonces, el Aux de Odontología tomará los Dispositivos Odontológicos necesarios del mueble dispuesto para el almacenamiento de esto; también, debe alimentar el Kardex con los movimientos realizados (Salidas).</p> <p>Se deberán tomar las cantidades justas, para realizar la práctica prescrita; de acuerdo a lo establecido en el Formato para Costeo por Protocolo del proceso de Gestión Administrativa y Financiera.</p>	Formato para Costeo por Protocolo.			
4	Reposición de Dispositivos Odontológicos.	Aux de Odontología.	<p>Se debe gestionar a través de monitoreo periódico, el stock de dispositivos odontológicos en el consultorio de odontología, y solicitarle mensualmente al Almacén Central, las cantidades suficientes que permitan darle continuidad a la prestación de servicio de Consulta Odontológica; para ello se diligencia el Formato Solicitud de Pedido, de acuerdo al Listado Básico de Medicamentos de la institución.</p> <p>(Saltar a la actividad N°9).</p>	Formato Solicitud de Pedido.			


5	Recepción y verificación de la Prescripción Médica.	Regente de Farmacia, Aux de Farmacia, Aux de Enfermería.	En primer lugar, se acerca el Aux de Enfermería a la farmacia satélite y le suministra el nombre completo del Usuario al Regente o Aux de Farmacia, para confirmar que la Prescripción Médica esté cargada al Módulo de Suministros del Software institucional (Paciente), verificando su correcto diligenciamiento y validando los medicamentos y dispositivos médicos prescritos por el médico tratante.	Prescripción Médica (Verificada).	Clintos
6	Entrega de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Regente de Farmacia, Aux de Farmacia, Aux de Enfermería.	Una vez validada la Prescripción Médica, se procede a entregar los medicamentos y dispositivos médicos para ser utilizados por los Usuarios en el servicio de Atención de Urgencias u Hospitalización, conforme a los requerimientos que muestre Módulo del Software. Para ello, se deberá tener en cuenta la aplicación de los 5 correctos: <ul style="list-style-type: none"> - El Medicamento correcto. - para el paciente correcto. - en la dosis correcta. - Por la vía correcta. - Hora o frecuencia correcta. 	Prescripción Médica (Despachada).	Clintos
7	Confirmación de Salida de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Regente de Farmacia, Aux de Farmacia.	Ingresando al Módulo de Suministros, se selecciona el ícono Salidas de Inventario; aquí, se despliega una ventana que contiene detalles de la entrega, pero solo seleccionaremos el ícono: ID Recibe, que pertenece quien recibe en farmacia. Al ingresar el ID de la persona que recibe, se le da aceptar y de inmediato se habilita el ícono Confirma Salida, es aquí donde confirmamos la salida del inventario de los medicamentos y dispositivos médicos entregados, igualmente queda en el sistema este registro cargado al Usuario que está siendo atendido, para efectos de Facturación.	Historia Clínica (Reporte de Medicamentos).	Clintos
8	Reposición de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Regente de Farmacia, Aux de Farmacia.	Gestiona el stock de los Medicamentos y/o Dispositivos Médicos, de la Farmacia Satélite, de carros de paro y de ambulancias, bien sea por estar próximos a agotarse, próximos a vencerse o por cambios en alguna normatividad que determine su inexistencia; el stock en Carros de Paro y Ambulancias se verifica mensualmente y en Farmacia Satélite semanalmente. Para ello, el Regente de Farmacia debe monitorear constantemente los stocks en la Farmacia Satélite y solicitar a través del Formato Solicitud de Pedido, los Medicamentos y Dispositivos Médicos al Almacén Central para reponer semanalmente estos. Por otro lado, Las Enfermeras o Aux de Enfermería deben notificar al Regente de Farmacia cuando haya un Código Azul que conlleve a usar algún elemento de los Carros de Paro, para que este con Kardex en mano, haga la verificación y la reposición correspondiente, para así, estar preparados para la próxima urgencia de este tipo. La reposición en las ambulancias es similar, la Aux de Enfermería notifica al Regente de Farmacia a cerca de los Medicamentos y Dispositivos Médicos usados en la atención del Usuario, y este le hace entrega del faltante, para mantener el stock. En la reposición de Carros de Paro y Ambulancias, el Regente o Aux de Farmacia debe confirmar la salida de los Medicamentos y Dispositivos Médicos, de la misma forma que trata la actividad N°4.	Formato Solicitud de Pedido.	

9	Devolución de Medicamentos y Dispositivos Médicos no Utilizados.	Regente de Farmacia, Aux de Farmacia.	<p>Realiza la devolución de los Medicamentos, Dispositivos Médicos y Odontológicos, no Utilizados con el Usuario durante la Atención de Urgencias, Hospitalización o Consulta Odontológica.</p> <p>Se hace lo inverso a la Confirmación de Salida, para ello se Ingresa al Módulo de Suministros, se selecciona el ícono Entradas de Inventario, se define como tipo de movimiento el de Ingreso de Almacén y de esta manera se carga nuevamente al inventario, dejando el registro de la Enfermera o Aux de Enfermería que devuelve; esto para la Atención de Urgencias y Hospitalización.</p> <p>En Consulta Odontológica, únicamente se diligencia el kardex y se le da entrada nuevamente al dispositivo odontológico.</p>		Clintos
OBSERVACIONES					
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>		<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>		<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.</p> <p>Cargo: Gerente.</p>	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Manejo de medicamentos de control especial.				SP-SF-06	1	
OBJETIVO	Vigilar y controlar los medicamentos de control especial que están sometidos a fiscalización por el fondo nacional de estupefacientes para prevenir la farmacodependencia y el uso inadecuado de estas sustancias.						
RESPONSABLE	Jefe de Almacén, Regente de Farmacia.						
ENTRADAS	Resolución de manejo de medicamentos de control especial, .						
PROVEEDORES	Usuario, Procesos Misionales.						
SALIDAS	Factura, formato de educación al paciente, libro de medicamentos de control especial, formato de demanda insatisfecha.						
CLIENTE	Usuario, Procesos Misionales.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Actualización de Resolución.	Subdirector Administrativo, Regente de Farmacia.	Solicita a la Secretaría Departamental, la actualización de la Resolución de manejo de medicamentos de control especial, tres (3) meses antes de vencerse la resolución obtenida inicialmente.	Resolución de manejo de medicamentos de control especial.			
2	Selección y Adquisición de Medicamentos de Control Especial.	Regente de Farmacia, COFYTE, Comité de Compras, Asesor jurídico, oficial de cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la Resolución de Manejo de Medicamentos de Control Especial, expedida por la Secretaría de Salud Departamental, se actualiza el Listado Básico de Medicamentos, de acuerdo a los requerimientos del Servicio Farmacéutico y según el consumo histórico, estableciéndose las necesidades para dos (2) meses. - Se envía un comunicado escrito al Fondo de Estupefacientes, solicitando la compra de los medicamentos. - Seguido a esto, se hace la adquisición directa de los Medicamentos de Control Especial, a través del Fondo Rotatorio de la Dirección Seccional de Salud Departamental con el comprobante de pago. - Después de haberse realizado satisfactoriamente todos los trámites administrativos internos, para aprobar la compra de los Medicamentos de Control Especial, se procede a entregar los documentos ante el Fondo Nacional de Estupefacientes. <p>Los medicamentos seleccionados serán exclusivamente los que hagan parte de la lista otorgada por la Secretaría Departamental a través de la Resolución de Manejo de Medicamentos de Control Especial.</p>	Listado Básico de Medicamentos, Comprobante de pago.			
3	Recepción de Medicamentos de Control Especial.	Almacenista General y Regente de Farmacia.	<p>Se verifica que los medicamentos de control especial y la documentación recibida, cumplan con las especificaciones técnicas y administrativas. Una vez se le dé el visto bueno, se hace recepción técnica y administrativa de los mismos.</p> <p>Al cumplir con los requisitos normativos, se hace el ingreso al sistema de inventario.</p>	Acta de Recepción Técnica, Acta de Devolución, Acta de Baja- Vencidos y/o Averiaados; Factura.	CLINTOS		
4	Almacenamiento.	Regente de Farmacia.	<p>Se conservan los Medicamentos de Control Especial en un lugar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separado. - Debidamente identificado con el nombre de "Medicamentos de Control especial". - Bajo llave. 	Formato de Registro de Humedad y Temperatura, Control de plagas y roedores realizados, Reporte de Vencimientos y/o	CLINTOS		

			Para garantizar las condiciones técnicas del fabricante, condiciones higienicosanitarias adecuadas y el cumplimiento de normatividad vigente. Los carros de paro contendrán Medicamentos de Control Especial, para atender casos que requieran Atención de Urgencias.	Averías, Plan de gestión de residuos. (PGIRASA).	
	Elaboración de Prescripción Médica.	Médico.	Una vez establecido el diagnóstico, se elabora la Prescripción Médica mediante el Recetario oficial Para medicamentos de control especial; para prescribir estos, el médico tratante, deberá tener en cuenta el Listado Básico de Medicamentos de la institución, y cumplir con las disposiciones establecidas por el Decreto 2200 de 2005 modificado parcialmente por el Decreto 2330 de 2006 y demás normas que las modifiquen o sustituyan. La Prescripción Médica debe ser diligenciada correctamente y en la eventual circunstancia, en que esta se elabore manualmente, deberá ser legible y cumplir con los requerimientos de la normatividad vigente.	Prescripción Médica Para medicamentos de control especial	Clintos
5	Distribución.	Regente de Farmacia.	Realizar el suministro oportuno, eficiente y suficiente de medicamentos de control especial médicos a todos pacientes de los servicios de urgencias y hospitalarios de acuerdo a la orden médica, que debe ser única para los medicamentos de control especial. Una vez dispensado el medicamento se deberá colocar sello de dispensado en la prescripción correspondientes de distribución.	Recetario oficial Para medicamentos de control especial.	
6	Manejo medicamentos vencidos.	Regente de Farmacia.	Estarán ubicados en el área de cuarentena, y se entregara a la empresa encargada de la recolección de los residuos BIORESIDUOS, diligenciado completamente el formato de vencimiento quedando una copia en el servicio farmacéutico.	Acta de medicamentos vencidos y averiados.	
7	Informes.	Regente de Farmacia.	El informe sobre distribución y/o dispensación de medicamentos sometidos a fiscalización a los respectivos Fondos Rotatorios de Estupefacientes, dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes, conforme al formato que se establece en la presente Resolución (ANEXO No. 13) RESOLUCIÓN NÚMERO 001478 DE 10 DE MAYO DE 2006. También se registra en una base de forma manual (libro Foliado) y en Clintos de las farmacias satélites o sistematizada donde se registren todos los movimientos en los que intervengan sustancias sometidas a fiscalización y/o medicamentos que las contengan y serán objeto de auditoría por parte de los funcionarios delegados por la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes o por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, en forma periódica.	Anexo informe mensual (13) Libro foliado (Kardex Manual).	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
	SUBPROCEDIMIENTO	Control de inventarios.			SP-SF-07	1
OBJETIVO	Conocer con exactitud la cantidad de medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos existentes en bodega y en los Servicios Farmacéuticos de las sedes, mediante un control estricto de inventarios, para garantizar una mejor rotación, manejo y uso de las existencias, además de velar por la seguridad de los pacientes y la salvaguarda de los recursos de Ese Vidadasinú.					
RESPONSABLE	Jefe de Almacén, Regente de Farmacia, Personal de apoyo servicio farmacéutico de cada sede.					
ENTRADAS	Revisiones periódicas de existencias de medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos, Guías de manejo y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Procedimiento de: Recepción y almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y materiales odontológicos.					
SALIDAS	Inventarios de medicamentos, Informe de auditoría.					
CLIENTE	Procesos Misionales, Procesos de Apoyo, Entidades de Control, Proveedores.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Revisión de las existencias de inventario general.	Regente de farmacia, Aux de odontología.	Mensualmente se comparan las existencias de inventarios en bodega y en los servicios farmacéuticos de cada sede, con el reporte de saldos por inventario de almacén. El inventario general se realiza mínimo dos (2) veces al año, con conteo total (físico) en el almacén y en cada servicio farmacéutico. Se debe Levantar el acta de inventario.	Formato control de inventarios, Reporte de saldos en almacén.	CLINTOS / Informes / Saldos por Almacén.	
2	Manejo de sobrantes y faltantes.	Regente de farmacia, Aux de odontología.	En caso de presentarse sobrantes o faltantes en las sedes, se revisa la facturación en la sede donde se presenta la diferencia. En caso que no se definan; a los sobrantes se les da reingreso y los faltantes se valorizan y se facturan con cargo al responsable.	Formato control de inventarios.	CLINTOS / Informes / Saldos por almacén.	
3	Verificación de la rotación de medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos.	Regente de farmacia, Aux de odontología.	Se verifica cada 3 meses, la rotación de los medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos, y para aquellos en que se determina que no van a rotar, independiente de la fecha de vencimiento se realiza la devolución para rotar en otras sedes.	Acta de devolución de medicamento. Traslados.		
4	Realizar la devolución al proveedor.	Regente de farmacia, Aux de odontología.	Se realiza la devolución al proveedor de medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos próximos a vencerse, mediante un acta.	Acta de devolución.		
OBSERVACIONES						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidadasinú		

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Farmacovigilancia.				SP-SF-08	1
OBJETIVO	Realizar la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.					
RESPONSABLE	Regente de Farmacia, Personal de apoyo servicio farmacéutico de cada sede.					
ENTRADAS	Reportes de problemas relacionados con medicamentos, Guías de manejo y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Procesos Misionales.					
SALIDAS	Actas de los comités de Farmacovigilancia.					
CLIENTE	Usuario, Procesos Misionales.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificación de las reacciones adversas.	Médico, jefes, auxiliares, Regentes de farmacia.	Una vez se sospeche que el paciente hizo una reacción adversa al medicamento, se informa al médico tratante para tomar medidas correctivas al respecto.			
2	Diligenciar el formato.	Médico, jefes, auxiliares, Regentes de farmacia.	Diligenciar el formato de Farmacovigilancia con todos los datos solicitados sin dejar información en blanco.	Formato FOREI.		
3	Enviar el formato diligenciado.	Médico, jefes, auxiliares, Regentes de farmacia.	Cuando el formato este completamente diligenciado se enviará escaneado al responsable del programa por el correo institucional, en caso de no contar con esta herramienta lo deberán enviar en medio físico.		Correo institucional	
4	Recepción del reporte	Responsable del programa.	Se reciben los reportes enviados por las diferentes sedes de la institución, asignándoles un código según el consecutivo.			
5	Análisis de los casos de sospecha de reacciones adversas a medicamento.	COFYTE.	Se analiza cada caso en forma particular, soportados en la Historia Clínica del Paciente, fundamentos bibliográficos y protocolos de Farmacovigilancia. Se definen conclusiones del caso y se envía a Comité de Seguridad del Paciente y al Comité de Farmacovigilancia.			
6	Expone al COFYTE los resultados y conclusiones de cada caso.	Responsable del programa.	En comité de Farmacovigilancia, según cronograma anual, se sustentan los casos presentados durante el mes anterior, indicando las conclusiones, para proceder a definir acciones correctivas que se emiten con el responsable de su ejecución según corresponda a cada caso objeto de estudio.	Actas de COFYTE.		
7	Se difunde las medidas correctivas y preventivas relacionadas con los casos determinados como relevantes.	Responsable del programa.	Difundir a través de boletines informativos de Farmacovigilancia las medidas preventivas y correctivas relacionadas con casos o situaciones que se han presentado en la institución y que se consideran relevantes. Los comunicados son aprobados por la Subdirección Científica.	Boletines informativos.		
8	Se envía los casos reportados a las autoridades de la salud.	Responsable del programa.	Se reporta los casos en la página del INVIMA, de manera ONLINE, quedando registrado todos los reportes realizados por la institución. Las reacciones serias serán reportadas durante las 72 horas siguientes.		Wed INVIMA	


OBSERVACIONES		
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.</p> <p>Cargo: Gerente.</p>
<p>Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años</p>	<p>Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años</p>	<p>Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú</p>

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - MS	MISIONAL	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AD	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-AD-04	SERVICIO FARMACÉUTICO	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Tecnovigilancia.			SP-SF-08	1	
OBJETIVO	Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los Pacientes, Usuario y otros, mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos administrados por Ese Vidasinú, de forma que se establezcan para reducir el riesgo de que se produzcan o se repita un incidente adverso asociado al uso de dichos los dispositivos médicos.					
RESPONSABLE	Regente de Farmacia, Personal de apoyo servicio farmacéutico de cada sede.					
ENTRADAS	Reportes de eventos adversos a dispositivos médicos y odontológicos, Guías de manejo y/o protocolos de atención.					
PROVEEDORES	Procesos Misionales.					
SALIDAS	Análisis de casos y actas de los subcomités de Tecnovigilancia.					
CLIENTE	Usuario, Procesos Misionales.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificación de eventos e incidentes asociados a los dispositivos médicos.	Médico, jefes, auxiliares, Regentes de farmacia.	Una vez se identifique el evento o incidente se notificará de manera inmediata al jefe del servicio.			
2	Diligenciamiento del formato.	Médico, jefes, auxiliares, Regentes de farmacia.	Diligenciar el formato de Tecnovigilancia con todos los datos solicitados sin dejar información en blanco.	Formato FOREAM		
3	Envío del formato diligenciado.	Médico, jefes, auxiliares, Regentes de farmacia.	Cuando el formato este completamente diligenciado se enviará escaneado al responsable del programa por el correo institucional, en caso de no contar con esta herramienta lo deberán enviar en medio físico.			
4	Recepción del reporte.	Responsable del programa.	Se reciben los reportes enviados por las diferentes sedes de la institución, asignándoles un código según el consecutivo.			
5	Análisis de eventos e incidentes.	COFYTE.	Se analiza cada caso en forma particular, soportados en la Historia Clínica del Paciente, fundamentos bibliográficos y protocolos de Farmacovigilancia. Se definen conclusiones del caso y se envía a Comité de Seguridad del Paciente y al Comité de Farmacovigilancia.			
6	Expone al COFYTE los resultados y conclusiones.	Responsable del programa.	En comité de Farmacovigilancia, según cronograma anual, se sustentan los casos presentados durante el mes anterior, indicando las conclusiones, para proceder a definir acciones correctivas que se emiten con el responsable de su ejecución según corresponda a cada caso objeto de estudio.	Actas de COFYTE		
7	Se difunde las medidas correctivas y preventivas relacionadas con los casos determinados como relevantes.	Responsable del programa.	Se difunde a través de boletines informativos de Farmacovigilancia las medidas preventivas y correctivas relacionadas con casos o situaciones que se han presentado en la institución y que se consideran relevantes. Los comunicados son aprobados por la Subdirección Científica.	Boletines informativos		
8	Se envía los casos reportados a las autoridades de la salud.	Responsable del programa.	Se reporta los casos ante el programa de Tecnovigilancia del INVIMA por el correo institucional, adjuntado los reportes. Además, se presenta el informe trimestral con los reportados durante el transcurso de ese tiempo, los eventos serios serán reportados durante las 72 horas siguientes.		Correo INVIMA	
OBSERVACIONES						

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú


3.3. MACROPROCESO DE APOYO:

3.3.1. PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - CÓDIGO: PR - GF	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Garantizar la correcta administración de los recursos financieros de la E.S.E. Vidasinú, asignando los recursos presupuestados a las actividades, planes y programas para su ejecución, registrando en forma efectiva en cada vigencia todas las transacciones financieras, para obtener un sistema de información contable confiable de acuerdo a los requisitos establecidos en el marco legal y normativo vigente, como herramienta básica de la toma de decisiones gerenciales.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Identificación de la necesidad de recursos financieros.
	TERMINA: Asignación y ejecución de los recursos financieros, pagos efectuados, recursos recaudados por facturación o capitación.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
ORDENADOR DEL GASTO ENTIDADES TERRITORIALES TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADA	Plan operativo anual, presupuesto plan de compras, plan de mantenimiento, Contratación con terceros, Convenios, Ordenes de prestación de servicios, PAC Facturas Extractos Bancarios, comprobantes de ingreso y de egreso, Ordenes de Compra, Notas Bancarias, notas contables, Nómina, ordenes de suministros, soportes de Legalización de anticipos, glosas, declaración de impuestos.	<p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.</p>	Ejecución presupuestal, Recaudos, pagos, Registros contables, estados financieros, informes, Actas de conciliación de glosas, Radicación de cuentas de cobro, informes requeridos por entes de control.	CLIENTES EXTERNOS, DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.


PLANEAR	HACER
Elaborar y consolidar Proyecto de Presupuesto.	Elaborar el presupuesto.
Planear la fuente de ingreso para la financiación de la entidad.	Ejecutar presupuesto de acuerdo a las necesidades requeridas.
Planear el recaudo de fuente de ingresos.	Realizar modificaciones al presupuesto.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Ejecutar PAC de tesorería.
Entrenar al personal a través, inducción, reinducción, educación continua.	Compromiso de recursos según los compromisos contractuales.
	Legalizar anticipos según los compromisos contractuales.
	Causación de gastos.
	Liquidación y Presentación de Retención en la Fuente.

	Contabilización de ingresos y egresos por Nota Bancarias.	
	Manejo la caja menor.	
	Facturación de Servicios de la Salud.	
	Organizar y radicar cuentas de cobro por facturación de evento o capitación.	
	Análisis y seguimiento de glosas.	
	Elaborar estados financieros.	
	Elaborar informes a entes de control.	
VERIFICAR	ACTUAR	
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.	
Evaluación y seguimiento a la Ejecución Presupuestal.	Mejoramiento Continuo.	
Verificar la disponibilidad de recursos para comprometer.		
Verificar la disponibilidad de recursos para pagos.		
Verificar cumplimiento de calendario tributario y contable para la entrega de la información.		
Verificar el cumplimiento de la normatividad legal vigente.		
PROCEDIMIENTOS:		
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN
PD-GF-01	Elaboración del presupuesto.	1.0
PD-GF-02	Expedición de certificados de disponibilidad presupuestal.	1.0
PD-GF-03	Expedición de registro presupuestal.	1.0
PD-GF-04	Ejecución Presupuestal.	1.0
PD-GF-05	Modificaciones al Presupuesto.	1.0
PD-GF-06	Plan de adquisiciones.	1.0
PD-GF-07	Causación de gastos.	1.0
PD-GF-08	Liquidación y presentación de Retención en la fuente.	1.0
PD-GF-09	Ingresos.	1.0
PD-GF-10	Egresos.	1.0
PD-GF-11	Conciliación Bancaria.	1.0
PD-GF-12	Manejo de caja menor.	1.0
PD-GF-13	Facturación de servicios de salud.	1.0
PD-GF-14	Causación de ingresos, organización y radicación de cuentas de cobro por facturación en modalidad evento.	1.0
PD-GF-15	Causación de ingresos, organización y radicación de cuentas de cobro por facturación en modalidad capitación.	1.0
PD-GF-16	Análisis y seguimiento de glosas.	1.0
PD-GF-17	Cartera por eventos.	1.0
PD-GF-18	Cartera por capitación.	1.0
PD-GF-19	Ingresos por cartera.	1.0
PD-GF-20	Gestión de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS.	1.0

PD-GF-21	Gestión de cobros por cartera.	1.0
PD-GF-22	Conciliación y depuración de cartera.	1.0
PD-GF-23	Generación de informes de cartera.	1.0
PD-GF-24	Elaboración de Estados Financieros.	1.0
PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo	1.0
CÓDIGO	SUBPROCEDIMIENTO	VERSIÓN
SP-LF-01	Definición de operaciones en efectivo.	2.0
SP-LF-02	Detección de operaciones inusuales.	2.0
SP-LF-03	Determinación de operaciones sospechosas.	2.0
SP-LF-04	Reporte de operaciones sospechosas.	2.0
SP-LF-05	Establecimiento de relaciones con PEPS.	2.0
SP-LF-06	Consulta a listas restrictivas.	2.0
SP-LF-07	Gestión documental de LA-FT.	2.0
SP-LF-08	Conocimiento, selección y vinculación de nuevos clientes.	2.0
SP-LF-09	Conocimiento, selección y vinculación de empleados.	2.0
SP-LF-10	Conocimiento, selección y vinculación de nuevos proveedores.	2.0
SP-LF-11	Identificación y segmentación de factores de riesgo.	2.0
SP-LF-12	Evaluación y Medición del riesgo de LA-FT.	2.0
SP-LF-13	Mejoramiento de la eficacia en controles.	2.0
SP-LF-14	Seguimiento y monitoreo.	2.0
SP-LF-15	Requerimientos de información.	2.0


PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Las modificaciones al presupuesto se encuentran aprobadas según corresponda. La documentación soporte para las órdenes de pago o resoluciones de pago deben estar firmadas por el Gerente. Los formatos de solicitud de disponibilidad presupuestal estén firmados por el Subdirector Administrativo y Financiero. Para el registro de compromisos, los soportes estén firmados por el Gerente y las demás partes. Controlar y verificar las consignaciones de declaraciones de Retención en la fuente. Correcta facturación de los servicios de salud. Documentar en actas las conciliaciones por glosas. Radicar las cuentas de cobro. Envío de informes a los entes de control. Respuesta oportuna a requerimientos por glosas. Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la Tecnología, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de la Información, Gestión de las Comunicaciones.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Presupuesto anual; TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.</p>	<p>Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial, Acuerdos de Presupuesto.</p>

REQUISITOS LEGALES		NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Estatuto Tributario, Normatividad de la Contaduría General de la Nación, Régimen de Contabilidad Pública, Estatuto Tributario, Estatutos Financieros, Decreto 115 de 1996, Normatividad de Contratación, Normas Expedidas por la Contaduría General de la Nación, Estatuto de Contratación de la Empresa, Acuerdos expedidos por la Junta Directiva, SOGCSS, Ley 1150 de 2007, ley 1474 del 2011, decreto 1914 del 2003, dectero 4110 de 2004, Ley 901 de 2004, Decreto 3361 de 2004, Resolución 357 de 2008, decreto 1537 de 2001, decreto 2145 de 1999, Circular externa 000099 de Abril 21 de 2016, Ley 594 del 14 de julio del 2000.</p>		<p>4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS 5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA 6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS 7.2.3. COMUNICACION CON EL CLIENTE 8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS 8.4. ANALISIS DE DATOS 8.5. MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento.
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
I.GA.1	Equilibrio financiero operacional ajustado.		
I.GA.2	Razonabilidad de los estados financieros.		
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.			
REGISTROS		RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.		Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Técnico Administrativo de Presupuesto, Contador Público, Tesorero, Almacenista, Auditor de Cuentas Médicas.	
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ
Nombre: LORENA MONTES HERNÁNDEZ.		Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA
Cargo: Subdirector administrativo y financiero.		Cargo: Jefe oficina de control interno.	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Acuerdo de Presupuesto:	Documento en el cual se plasma y aprueba los ingresos y gastos previstos para la vigencia siguiente, por lo cual se debe presentar antes de finalizar el año.					
Anticipos:	Constituyen avances en dinero para ejecución de cumplimiento de contrato a terceros.					
Auditoría:	La auditoría puede definirse como un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso.					
Caja Menor:	Es un sistema descentralizado de pagos para el manejo de cuantías menores y solamente para efectuar gastos en efectivo.					
Certificado de Disponibilidad:	El certificado de disponibilidad es el documento con el cual se garantiza la existencia de apropiación presupuestal disponible y libre de afectación para la asunción de compromisos.					
Cliente y/o contraparte:	Es toda persona natural o jurídica con quien la entidad formaliza y mantiene una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contrato de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud. Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT, Planes Adicionales de Salud, entre otros). Es así que, para estos casos, no será necesaria la identificación del usuario.					
Comprobantes de Egresos:	Son aquellos que tienen la función de servir como prueba de los desembolsos o pagos realizados por la empresa, los cuales para efectos de control deben hacerse en cheque, o transferencias electrónicas.					
Conciliación:	La conciliación es un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador.					
Crédito Presupuestal:	Procedimiento a través del cual se acreditan rubros de acuerdo a las necesidades presupuestales.					
Cruce Contable:	Comparar los registros contables con otra fuente de información, para determinar si los registros se han realizado correctamente.					
Cuentas:	Es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.					
Cuenta de Cobro:	Documento que presenta el proveedor donde relaciona los insumos o servicios prestados y el valor causado, para efectos de cobro, reemplazando ésta a la factura de venta en los casos en que el proveedor no tiene una actividad comercial legalmente constituida y no se encuentra obligado a facturar.					
Debida Diligencia:	Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones sobre la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera, se concibe como actuar con el cuidado que sea necesario para evitar la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales. La segunda, de contenido económico y proactiva, se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.					
Egreso:	Disminuciones patrimoniales que afectan los resultados de un periodo, tales disminuciones pueden ser gastos o pérdidas.					
Ejecución presupuestal:	Se entiende por ejecución presupuestal el hecho de afectar las apropiaciones de cada programa de bienes y servicios y con la causación de cualquier otro tipo de gasto o con la reducción o el incremento de tales apropiaciones por créditos adicionales o trasladados. La ejecución del presupuesto de Gastos se realizará con la afectación de las apropiaciones. Dicha ejecución se materializa y perfecciona con el recibo de los bienes adquiridos o con la prestación de los servicios de cualquier naturaleza que se ordene.					
EPS:	Empresa Promotora de servicios.					
Estados Financieros:	Son los que utilizan las instituciones para reportar la situación económica y financiera y los cambios que experimenta la misma a una fecha o periodo determinado. Esta información resulta útil para gestores, reguladores y otro tipo de interesados.					
Factura:	Una factura es un documento que refleja, que hace constar la adquisición y entrega de un bien o servicio, en el cual se especifica la fecha de la operación, el nombre de las partes que intervinieron en el negocio, la descripción del producto o servicio objeto de contratación, el valor del negocio, la forma de pago entre otros conceptos.					
Fenecimiento:	Es un acto administrativo mediante el cual el organismo competente, aprueba las cuentas de las actuaciones que el responsable realizó durante un determinado periodo y así lo hace saber mediante un acto concreto que debe ser notificado al responsable de rendir las cuentas.					
Financiación del terrorismo (FT):	Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del Código Penal.					
Fuentes de riesgo de LA/FT":	Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que puedan generarle este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.					


Gastos:	Disminuciones en los beneficios económicos, producidos a lo largo del período contable, en forma de egresos o disminuciones del valor de los activos, o bien como surgimiento de obligaciones, que dan como resultado disminuciones en el Patrimonio, y que no están relacionados con las distribuciones de Patrimonio efectuados a los propietarios.
Glosas:	Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios. Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido.
Información Exógena:	Es el conjunto de datos que las personas Naturales y Jurídicas deben presentar periódicamente a la DIAN según Resolución expedida por su Director General.
IPS:	Instituciones prestadoras de servicios de salud.
Registro presupuestal:	El registro presupuestal es la operación mediante la cual se perfecciona el compromiso y se afecta en forma definitiva la apropiación, garantizando que esta no será desviada a ningún otro fin. En esta operación se debe indicar claramente el valor y el plazo de las prestaciones a la que haya lugar.
Lavado de activos (LA):	Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.
Legalización:	Acto por el cual el Administrador o los funcionarios en quienes éste delegue esta facultad constatan que el respectivo documento ha cumplido todos los trámites legales y reglamentarios, otorgándole su aprobación y verificando, además, la conformidad de la garantía rendida, en aquellas declaraciones en que sea exigible.
Libros Auxiliares:	Documentos que contienen el detalle de los registros contables necesarios para el control de las operaciones, elaborados con base en los comprobantes de contabilidad o en los documentos soporte.
Liquidación o Cierre Presupuestal:	Acto mediante el cual se aplican los valores que se encuentren pendientes de pago y no se han registrado o que van a quedar para ejecución en la siguiente vigencia; como también la revisión de los ingresos causados y recaudados en el correspondiente período.
Listas nacionales e internacionales:	Relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por Internet u otros medios técnicos las listas OFAC, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.
Matriz de segmentación de riesgos:	Instrumento que contempla los diferentes procesos propensos al riesgo de LAFT en la Institución cruzados con las fuentes generadoras de riesgo.
Monitoreo:	Es el proceso continuo y sistemático que realizan los sujetos obligados, y mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, así como la identificación de sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica.
Movimientos presupuestales:	Constituyen todos los movimientos presupuestales a nivel de adición, reversión, crédito y contra crédito generados dentro del proceso presupuestal.
Oficial de Cumplimiento:	Funcionario de la entidad vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la entidad, así como de la implementación del SARLAFT.
Operación Inusual:	Son inusuales aquellas operaciones que realizan las personas naturales o jurídicas cuyas características no guardan relación con su actividad económica, es decir, que se salen de los parámetros de normalidad establecidos para las diferentes actividades del mercado donde desarrollan sus actividades.
Operación Intentada:	Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos por los agentes del SGSSS no permitieron realizarla. Estas operaciones también deberán reportarse a la UIAF.
Operación Sospechosa:	Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada. Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF.
Personas Expuestas Públicamente (PEP):	Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionario gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas como miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes.
Señales de alerta:	Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud.
Régimen Subsidiado:	Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.
Riesgos Asociados al LA/FT:	Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT, estos son: contagio, legal, operativo y reputacional.

Riesgo de Contagio:	En el marco de SARLAFT, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.
Riesgo Inherente:	Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.
Riesgo Legal:	En el marco de SARLAFT, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.
Riesgo Neto o Residual:	Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
Riesgo Operativo:	En el marco de SARLAFT, es la probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.
Riesgo Reputacional:	En el marco del SARLAFT, es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.
Transacciones en Efectivo:	Es el recibo o entrega de dinero en efectivo de billetes o monedas, donde el sujeto de la transacción debe tener la condición de cliente y/o contraparte de la entidad vigilada.
Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF):	Es una Unidad Administrativa Especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, y que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el Lavado de Activos o la Financiación del Terrorismo. Asimismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos.
Usuario:	Es toda persona natural a la que, sin ser cliente y/o contraparte, la entidad le suministra o presta un servicio.


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Elaboración del Presupuesto			PD-GF-01	1
OBJETIVO	Proyectar el estimativo de los ingresos, inversión, gastos de funcionamiento y servicio de la deuda que ejecutará la E.S.E. Vidadasinú en la siguiente vigencia fiscal, de manera participativa.						
RESPONSABLE	Subdirector Administrativo y Financiero.						
ENTRADAS	Proyecciones de ingresos y gastos.						
PROVEEDORES	Todos los procesos.						
SALIDAS	Acuerdo de presupuesto siguiente vigencia fiscal.						
CLIENTE	Todos los procesos.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Citar a reunión Informativa sobre elaboración del proyecto de acuerdo del presupuesto de ingresos y gastos	Subdirector Financiero y Administrativo, Técnico Administrativo de Presupuesto.	Citar a reunión Informativa sobre elaboración del proyecto de acuerdo del presupuesto de ingresos y gastos para cada vigencia al Gerente, Subdirector, Secretaria General, Jefes de Oficina o dependencia. Anexar cronograma de fechas de entrega de información presupuestal.		Cronograma con personal.		
2	Desarrollo de la reunión y solicitud de la documentación sobre las necesidades para la siguiente vigencia.	Subdirector Administrativo y Financiero.	Desarrollo de la reunión y solicitud de la documentación sobre las necesidades para la siguiente vigencia, en la cual se explican las generalidades del presupuesto y la forma como se debe proyectar la información de cada área.		Listados de asistencia.		
3	Recepcionar la información requerida para estructurar el presupuesto.	Técnico Administrativo de Presupuesto. Subdirector Administrativo y Financiero.	Recepcionar la información requerida para estructurar el presupuesto, requerida a diferentes áreas y dependencias.		informes de proyección de ingresos y gastos por áreas.		
4	Consolidar y elaborar el proyecto de acuerdo del presupuesto de ingresos y gastos.	Técnico Administrativo de Presupuesto, Subdirector Administrativo y Financiero.	Consolidar y elaborar el proyecto de acuerdo del presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia siguiente, con fundamento en la información suministrada y en datos históricos.		informes de proyección de ingresos y gastos por áreas.		
5	Revisar el proyecto de acuerdo de presupuesto.	Gerente. Subdirector Administrativo y Financiero.	Revisar el proyecto de acuerdo de presupuesto, conjuntamente entre el Gerente con sustentación del Subdirector Financiero y Administrativo.		Proyecto de Acuerdo de Presupuesto.		
6	Solicitar aprobación o Delegación de la junta directiva para aprobación del proyecto de presupuesto ante el COMFIS.	Gerente y Subdirector Administrativo y Financiero.	Solicitar mediante oficio la delegación ante el COMFIS para presentación, aprobación y modificaciones del Presupuesto por parte de la Junta Directiva de la E.S.E.		Oficio de solicitud de delegación o aprobación del COMFIS.		
7	Recibir de COMFIS la aprobación del proyecto o delegación para la aprobación del presupuesto o delegación a la junta directiva.	Técnico Administrativo presupuesto Subdirector Administrativo y Financiero.	Recibir de COMFIS el oficio sobre la aprobación del presupuesto de ingresos y gastos o delegación para aprobación por la Junta Directiva.		Presupuesto aprobado u oficio de delegación a la junta directiva.		
8	Proceder conforme a respuesta de COMFIS.	Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero.	Si el COMFIS delega la junta directiva de la aprobación pasar a la actividad No 9.		Respuesta de delegación del COMFIS.		
9	Presentar ante la Junta Directiva de la Empresa el Proyecto de Acuerdo Presupuestal.	Gerente, Subdirector Administrativo y	Presentar ante la Junta Directiva de la Empresa el Proyecto de Acuerdo Presupuestal, para su revisión y aprobación.		Proyecto de Acuerdo de Presupuesto, Acuerdo de Presupuesto		

		Financiero.		Aprobado.	
10	Desagregación del presupuesto.	Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero	Realizar la desagregación del presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo a la estructura presupuestal de la entidad.	Resolución de desagregación.	
11	Sistematización de la desagregación del presupuesto.	Técnico Administrativo.	Asignar apropiaciones iniciales teniendo en cuenta la asignación y ejecución presupuestal en el año que termina, e ingresar las apropiaciones iniciales al sistema.	Desagregación del presupuesto y reporte del sistema.	ESPIRAL
12	Archivar la documentación generada según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.	Jefe de Archivo.	Archivar la documentación generada según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.	Acuerdo de Presupuesto Aprobado.	
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Este procedimiento podrá tener algunos riesgos cuando se presentan las siguientes situaciones: - Elaboración del Plan de Presupuesto deficiente o no acorde con las necesidades reales, No ejecutar el Presupuesto de Ingresos y Gastos oportunamente, Aplicación indebida de los recursos presupuestados (de ingresos y de gastos), No hacer seguimiento oportuno a la ejecución presupuestal.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: LILIANA AGAMEZ CAMACHO. Cargo: Técnico Administrativo.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL		
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO		MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Expedición de Certificados de Disponibilidad Presupuestal (CDP).				PD-GF-02	1
OBJETIVO	Certificar la existencia de partida presupuestal disponible para que el ordenador del gasto pueda comprometer recursos en la adquisición de bienes o servicios que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios de la E.S.E. Vidasinú.						
RESPONSABLE	Técnico Administrativo.						
ENTRADAS	Solicitud de certificado de disponibilidad presupuestal (CDP).						
PROVEEDORES	Ordenador del Gasto.						
SALIDAS	Certificado de disponibilidad presupuestal firmado por técnico administrativo.						
CLIENTE	Procesos de Apoyo.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recibir y revisar solicitud de CDP.	Técnico Administrativo.	Recibir y revisar el original y copia de la solicitud del Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP). La solicitud debe estar completamente diligenciada y firmada por el ordenador de los gastos, con el visto bueno del Subdirector Administrativo y Financiero Si se presentan inconsistencias se devuelve a la dependencia correspondiente para ajustes.	Solicitud CDP.			
2	Verificar la existencia de recursos disponibles para la expedición del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP.	Técnico Administrativo y Subdirector Administrativo y Financiero.	Verificar que exista disponibilidad de recursos en el rubro al cual se imputará el gasto, Confrontar que el saldo del rubro cubra el valor solicitado, de no existir disponibilidad se informara al subdirección administrativa y financiera para planes de control calidad.	Solicitud CDP.			
3	Elaborar Certificado de Disponibilidad presupuestal (CDP).	Técnico Administrativo.	Elaborar Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), teniendo en cuenta la solicitud y el rubro presupuestal. Registrar en el Sistema en el rubro correspondiente el valor solicitado y el detalle o concepto. Imprimir el CDP en original y copia.	CDP.	ESPIRAL / Presupuesto.		
4	Revisar y firmar el Certificado de Disponibilidad Presupuestal.	Técnico Administrativo.	El técnico administrativo, revisa que el CDP esté de acuerdo a la solicitud, fecha, valor, rubro y concepto. Firma en original y copia el CDP.	CDP firmado.			
5	Entregar del Certificado de Disponibilidad Presupuestal al ordenador del gasto o a quien ella delegue para su recepción.	Técnico Administrativo.	Entregar al solicitante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal original y se hace firmar la copia como evidencia de entrega.	Copia CDP firmado.			
6	Archivar la documentación generada.	Jefe de Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.				
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Los certificados de disponibilidad presupuestal deben llevar un orden consecutivo al momento de ser emitidos.						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ			
Nombre: LILIANA AGAMEZ CAMACHO.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.			
Cargo: Técnico Administrativo.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.			
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú			

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Expedición de Registro Presupuestal (RP).			PD-GF-03	1
OBJETIVO	Garantizar las operaciones de registro presupuestal, mediante el cual se perfeccionan los compromisos, asegurando que los recursos comprometidos no sean desviados a fines diferentes de los compromisos financieros legalizados en la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Técnico administrativo.					
ENTRADAS	Acto administrativo legalizado.					
PROVEEDORES	Subdirección Administrativa y Financiera, Talento Humano y Jurídica.					
SALIDAS	Registro presupuestal firmado.					
CLIENTE	Ordenador del gasto, Subdirección Administrativa y Financiera, Talento Humano, Jurídica y Tesorería.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recibir el Acto Administrativo.	Técnico Administrativo.	Recibir el acto administrativo debidamente elaborado, y firmado por las partes con todos sus soportes para la expedición del registro presupuestal - RP.	Acto administrativo perfeccionado.		
2	Revisar acto administrativo.	Técnico Administrativo.	Revisar que los documentos de solicitud de registro presupuestal cumplan con los requisitos de valor tanto en CDP y en los actos administrativos o demás documentos. Si hay inconsistencias se devuelve la solicitud al área respectiva o solicitante, para corregir las inconsistencias encontradas.	Acto administrativo perfeccionado.		
3	Elaborar registro presupuestal.	Técnico Administrativo.	Elaborar en el sistema el registro presupuestal, diligenciando el beneficiario o tercero y la fecha, se ingresa el número de CDP correspondiente y automáticamente se afecta y descarga la información de rubro, concepto y valor. Cuando el valor del CDP es mayor al valor a registrar, el valor del registro se ingresa manualmente. Cuando el beneficiario o tercero no existe en el sistema, se debe crear con RUT o Documentos de Identificación. Imprimir el registro presupuestal.	Registro Presupuestal.	ESPIRAL/usuario/contraseña/presupuesto/RP.	
4	Revisar y Firmar el Registro Presupuestal (RP) expedido.	Técnico Administrativo.	Revisar la documentación pertinente con la información del registro presupuestal. Una vez revisado se firma.	Registro presupuestal firmado.		
5	Devolver los expedientes o documentos al Área respectiva.	Técnico Administrativo.	Devolver los expedientes o documentos al área respectiva anexando el Registro Presupuestal Firmado.	Acto Administrativo y Registro presupuestal firmado.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Falta de revisión de los registros presupuestales, Desconocimiento o incumplimiento de los procedimientos internos.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: LILIANA AGAMEZ CAMACHO. Cargo: Técnico Administrativo.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Ejecución Presupuestal.			PD-GF-04	1
OBJETIVO	Garantizar el control, seguimiento y ejecución de las apropiaciones presupuestales de la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Técnico administrativo.					
ENTRADAS	Facturación de ingresos y comprobantes de ingresos, Certificado de disponibilidad presupuestal, registro presupuestal, autorizaciones de pago y pagos presupuestales.					
PROVEEDORES	Ordenador del gasto, subdirección administrativa y financiera, Talento Humano, Jurídica, Tesorería, Cartera y Facturación.					
SALIDAS	Informes de ejecución presupuestal de Ingresos y Gastos.					
CLIENTE	Ordenador del gasto, Subdirección Administrativa y Financiera, Control Interno y entes de control.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de informes de Contabilidad, Tesorería y Facturación.	Técnico Administrativo.	Recibir de contabilidad, tesorería, facturación y cartera comprobantes de ingresos identificados y conciliados para su posterior reconocimiento y recaudo presupuestal.			
2	Conciliar la información presupuestal de ingresos y gastos con las áreas de contabilidad, tesorería facturación y cartera.	Técnico Administrativo.	Conciliar mensualmente la información presupuestal generada por el sistema con contabilidad tesorería facturación y cartera. Cuando existen diferencias se solicita el ajuste o explicación correspondiente.			
3	Ingresar datos al sistema.	Técnico Administrativo.	Llevar al reconocimiento y al recaudo los comprobantes de ingresos. Llevar al reconocimiento la facturación registrada por la institución. Realizar CDP, registro presupuestal, autorizaciones de pago y descargar comprobantes de egreso mediante aplicación del pago.		ESPIRAL	
4	Generar reporte mensual de ejecución.	Técnico Administrativo.	Generar el reporte de ejecución de ingresos y gastos del mes correspondiente.	Ejecución Mensual de Ingresos y gastos.		
5	Revisión y firma de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos.	Técnico Administrativo.	Generar el reporte del sistema de la ejecución presupuestal mensual de ingresos y gastos y firmar para su perfeccionamiento.	Ejecución Mensual de Ingresos y gastos revisada y firmada por técnico administrativo.		
6	Presentar ejecución presupuestal para firma del ordenador del gasto.	Gerente y Técnico Administrativo.	Presentar la ejecución presupuestal mensual de ingresos y gastos para firma del ordenador del gasto.	Ejecución Mensual de Ingresos firmada por ordenador del gasto y técnico administrativo.		
7	Archivar la documentación generada.	Jefe de Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.			
OBSERVACIONES	<p>Administración del Riesgo: No ejecutar el presupuesto oportunamente (de ingresos y gastos).</p> <p>La ejecución presupuestal de ingresos y gastos se genera automáticamente en el Sistema ESPIRAL, a medida que se reconocen y recaudan los comprobantes de ingreso y la facturación y se expiden Certificados de Disponibilidad Presupuestal, Registros Presupuestales, autorizaciones y descarga de comprobantes de egresos mediante pagos presupuestales.</p>					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: LILIANA AGAMEZ CAMACHO. Cargo: Técnico Administrativo.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Modificaciones al Presupuesto.			PD-GF-05	1
OBJETIVO	Realizar las modificaciones al presupuesto de la E.S.E. Vidadasinú, como traslados, reversiones y/o adiciones o reducciones, en atención a las necesidades presentadas.						
RESPONSABLE	Técnico administrativo.						
ENTRADAS	Actos administrativos que modifiquen el presupuesto, Necesidad de modificación del presupuesto.						
PROVEEDORES	Ordenador del gasto y subdirección administrativa y financiera.						
SALIDAS	Modificación del presupuesto, y generación de presupuesto definitivo.						
CLIENTE	Ordenador del gasto, Subdirección Administrativa y Financiera, Control Interno y Entes de control.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Identificar la necesidad de realizar modificaciones al presupuesto.	Subdirector Administrativo y Financiero, Técnico Administrativo.	Detectar la necesidad de modificar el presupuesto bien sea por adición, reducción o traslados, así: A. Por ser recurso totalmente nuevo y no estar presupuestado. B. Por mayor valor recaudado o proyección muy positiva de recaudo en uno o varios rubros ya establecidos en el presupuesto de ingresos. C. Por comportamiento de ingresos no esperado y reducción. D. Por necesidad en un rubro agotado y existencia de disponibilidad en otro.	Informe de ejecución presupuestal, solicitudes de CDP.			
2	Soportar las modificaciones presupuestales.	Técnico Administrativo.	Soportar mediante documentos y reportes, los traslados, reducciones o adiciones. Verificar el valor de mayor o menor de gastos o ingresos a modificar.	Informe de ejecución presupuestal.			
3	Determinar la viabilidad de realizar la modificación presupuestal.	Subdirector Administrativo y Financiero.	Determinar la viabilidad de realizar la modificación presupuestal teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes, precisando los rubros afectados, los valores susceptibles de adición o reducción, los documentos y análisis soporte.				
4	Elaborar el proyecto de acto administrativo de modificación respectivo.	Técnico Administrativo.	Elaborar el proyecto de acto administrativo de modificación según corresponda, bien sea resolución para Gerencia o Acuerdo para Junta Directiva.	Proyecto de Acto Administrativo.			
5	Revisar proyecto de acto administrativo de modificación presupuestal.	Subdirector Administrativo y Financiero.	Revisar proyecto de acto administrativo de modificación presupuestal, dar visto bueno para iniciar los trámites de aprobación.	Proyecto de Acto Administrativo.			
6	Gestionar la aprobación de modificación al presupuesto mediante acto administrativo.	Subdirector Administrativo y Financiero, Gerente, Junta Directiva.	Presentar para aprobación el acto administrativo de modificación del presupuesto, según corresponda a Gerencia o Junta Directiva.	Acto administrativo de modificación del presupuesto aprobado.			
7	Actualización del presupuesto.	Técnico Administrativo.	Actualizar el presupuesto de ingresos y gastos, una vez aprobado el acto administrativo que autoriza la modificación del presupuesto. Imprimir las actualizaciones del presupuesto.	Presupuesto Actualizado, documentos soportes.			
8	Archivar la documentación generada.	Jefe de Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.				
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Exceso de modificaciones al presupuesto.						


ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: LILIANA AGAMEZ CAMACHO. Cargo: Técnico Administrativo.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Plan de Adquisiciones.			PD-GF-06	1
OBJETIVO	Este procedimiento tiene por objeto establecer las políticas o condiciones, actividades, responsabilidades y controles para lograr el suministro de bienes y/o servicios a las diferentes áreas de la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Subdirección Administrativa, Profesional Universitario (Almacenista).					
ENTRADAS	Plan de adquisiciones y bienes y servicios.					
PROVEEDORES	Todas las áreas.					
SALIDAS	Contratación de proveedores.					
CLIENTE	Todas las áreas de la institución.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Proyección del plan de adquisiciones.	Subdirectora Administrativa y Financiera y Jefe de Almacén.	Se realiza estudio con base al histórico de las compras en la vigencia anterior para la proyección del plan de adquisiciones según las necesidades de la institución.	Plan de Adquisiciones.	de	Hojas de Excel.
2	Aprobación del plan de Adquisiciones en el comité de compras.	Comité de Compras.	Se reúnen los integrantes del comité de compras, para analizar el plan de adquisiciones proyectado según las necesidades de la institución, para su aprobación.	Acta de Comité y Plan de adquisiciones aprobado.		
3	Selección y escogencia de proveedores.	Gerencia, Subdirectora Administrativa y Financiera y Jefe de Almacén.	Una vez aprobado el plan de adquisiciones, se procede a revisar propuestas y cotizaciones de proveedores que cumplan con los requisitos legales y se procede a escoger el que ofrezcan productos con calidad para la prestación del servicio.	Formato de Selección de proveedores.		
4	Legalización de la contratación de proveedores.	Oficina Jurídica.	Luego de haberse revisado los soportes legales para la contratación, la oficina jurídica procede al perfeccionamiento del contrato.	Contrato legalizado.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: En este procedimiento se tendrán en cuenta algunos riesgos como: Realizar compras sin la necesidad del servicio, Adjudicar contrato sin la escogencia de la mejor propuesta o cotización por parte del comité de compras, Realizar las evaluaciones de cotizaciones sin los requerimientos de la ESE, Realizar compras sin la disponibilidad presupuestal.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Profesional Universitario (Almacenista).		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Causación de gastos.			PD-GF-07	1
OBJETIVO	Registrar oportunamente las operaciones económicas que generan gastos para la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Contadora.					
ENTRADAS	Contratos, órdenes de compra, notas bancarias, nomina, planillas de contratistas, formularios de pagos de impuestos, formularios para aportes patronales, facturas y cuentas de cobro, convenios.					
PROVEEDORES	Procesos de Apoyo, Terceros.					
SALIDAS	Órdenes de pago, comprobantes de contabilidad.					
CLIENTE	Procesos de Apoyo, Terceros, Entidades de control, Entidades Financieras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recibir las cuentas y verificar los soportes de las cuentas.	Contador.	Recibir las cuentas como son: nominas, cuentas de cobro, cuentas de almacén, contratos etc. Verificar si cuentan con todos los soportes y firmas requeridos por cada tipo de cuenta.	Cuentas, Soportes de cuentas.		
2	¿Las cuentas cumplen con los requisitos previstos?	Contador.	NO. Comunicar al proveedor o tercero la devolución de la cuenta y el motivo, para su corrección o ajustes. SI: Continuar en actividad No. 3	Cuentas, Soportes de cuentas.		
3	Radicar las cuentas en el Libro radicado de cuentas.	Contador.	Radicar las cuentas en el libro radicado de cuentas asignándole un número consecutivo, en orden de presentación.	Libro radicado de cuentas.		
4	Generar comprobantes de contabilidad.	Contador.	Generar comprobantes de contabilidad en el sistema para el registro contable afectando las cuentas correspondientes.	Comprobante de contabilidad.		
5	Revisar Ordenes de pago en Contabilidad.	Contador.	Revisar la afectación contable en la orden de pago y que la orden de pago cumpla con todos los requisitos necesarios. Si la orden de pago presenta errores se regresa para ajuste y una vez ajustada se firma.	Orden de pago firmada.		
6	Remitir las Ordenes de Pago a Tesorería.	Contador.	Remitir las órdenes de pago a Tesorería. Hacer firmar el libro de radicado por quien recibe.	Libro radicado de cuentas.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: En este procedimiento se debe tener en cuenta los siguientes riesgos que podrían obstaculizar que el proceso contable fluya de manera adecuada, Errores en el flujo de la información al módulo de contabilidad, Falta de comunicación entre las áreas, Información extemporánea de las diferentes áreas de la institución.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: KETTY HERRERA MESTRA.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Contador.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Liquidación y Presentación de Retención en la fuente.			PD-GF-08	1
OBJETIVO	Garantizar la liquidación oportuna del (los) impuesto (s) generado (s) en la E.S.E. Vidadasinú.					
RESPONSABLE	Contadora.					
ENTRADAS	Contratos, Facturas, órdenes de pago, formularios de impuestos.					
PROVEEDORES	Proveedores, terceros, entidades recaudadoras de impuestos.					
SALIDAS	Impuestos liquidados.					
CLIENTE	Tesorería, Entidades recaudadoras de los impuestos.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Realizar la liquidación y presentación de Retención en la fuente.	Contador.	Verificar mensualmente en el sistema la liquidación de la Retención en la fuente; Revisar que los registros contables sean correctos.			
2	Imprimir relación detallada del impuesto generado (Retención en la fuente).	Contador.	Una vez verificada la información, se imprimen del sistema la relación detallada del impuesto generado (Retención en la fuente).	Libro Auxiliar por cada Impuesto.		
3	Diligenciar virtualmente los formularios de declaración de impuestos (Retención en la fuente).	Contador.	Diligenciar los formularios de declaración de impuestos (Retención en la fuente).			
4	Revisar, firmar y presentar los formularios de declaración de impuestos virtualmente a través del portal de la DIAN.	Revisor Fiscal.	Revisar los formularios de declaración de impuestos, si son correctos se firma y se presentan al portal de la DIAN de lo contrario se corrigen. Los formularios de retención en la fuente llevan firma digital del Gerente y del Revisor Fiscal, y se liquidan y presentan virtualmente (FORMATO 350 DIAN).	Formularios de impuestos firmados.		
5	Liquidación del pago del impuesto a cargo.	Contador.	Diligenciar virtualmente el formato que corresponda al pago del impuesto liquidado en el banco (FORMATO 490 DIAN).	Nota Interna. Formularios de impuestos firmados.		
6	Remitir a Tesorería los formularios de impuestos diligenciados y firmados por ordenador del gasto y revisor fiscal.	Tesorero.	Remitir en medio físico a la oficina de Tesorería los formularios de impuestos diligenciados y firmados para el respectivo pago.			
7	Ejecutar el procedimiento de egresos vigente.	Tesorero.	Ejecutar el procedimiento de egresos vigente.			
8	Presentación y pago en la entidad financiera.	Tesorero.	Efectuar la presentación y pago en el banco.			
9	Archivar la documentación generada.		Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.			
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Esta liquidación debe hacerse en el tiempo estipulado con las fechas de presentación para evitar atrasos que generen sanciones económicas que se convertirían para la institución como un detrimento patrimonial.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: KETTY HERRERA MESTRA.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Contador.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidadasinú		

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Ingresos.			PD-GF-09	1
OBJETIVO	Registrar y controlar los ingresos financieros de la E.S.E. Vidasinú, a fin de conocer el flujo y situación de los recursos financieros de la Empresa para su óptima distribución y manejo.					
RESPONSABLE	Tesorero.					
ENTRADAS	Informes de Consignación, Movimientos Financieros en Banca Electrónica.					
PROVEEDORES	EPS, Particulares, UPSs de la institución.					
SALIDAS	Comprobantes de ingresos, Nota bancaria de ingreso, Recibo de caja. Consignaciones.					
CLIENTE	Procesos y Procedimientos de Apoyo Gestión Financiera.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Revisar en Banca Electrónica, los movimientos financieros.	Tesorero.	Revisar la modalidad de los Ingresos, según corresponda a caja o bancos.		Banca Electrónica.	
2	Identificar la modalidad del ingreso, el cual puede ser por Caja o Bancos.	Tesorero.	Si el ingreso se realizó por Bancos continuar a la actividad 3. Si el ingreso es por caja continuar a la actividad 5.		Banca Electrónica.	
3	Identificar el tercero que abonó a las cuentas Bancarias, el valor abonado.	Tesorero.	Identificar el tercero según NIT, valor abonado.		Banca Electrónica.	
4	Registrar movimientos en libros auxiliares.	Tesorero.	Registrar en libros auxiliares del sistema, de acuerdo a la naturaleza del movimiento financiero, identificando el tercero, valores, cuentas y códigos a afectar.	Libros auxiliares afectados con Notas Bancarias.		
5	Si el ingreso es por Caja, El recaudo y consignación de efectivo por venta de servicios en la Red, se efectúa por medio de la persona encargada del recaudo.	Tesorero.	La persona encargada del recaudo de dinero en los diferentes Centros de Salud, luego se consigna en el Banco previamente señalado, y presenta un informe de consignación en la Tesorería de la ESE.	Informe de consignación y reporte Centros de Salud.		
6	Verificar el valor recaudado en caja principal por medio de plataforma virtual.	Tesorero.	Con el informe de consignación de la plataforma se reporta ingreso a caja principal con un recibo de consignación, por cada día de recaudo sobre servicio prestado.	Recibo de Caja.		
7	Realizar comprobantes de consignación, por cada uno de los valores ingresados con recibo de caja.	Tesorero.	Análisis y auditoria de recibos de caja de servicios prestados en las unidades de servicio UPSS.	Comprobante de consignación.		
8	Realizar cuadro de Caja Principal.	Tesorero.	Realizar cuadro de caja acorde a los soportar de los ingresos en efectivo.	Comprobante de ingreso.		
9	Archivar la documentación soporte de ingreso en efectivo y por transferencia enviada por los Centros de Salud y EPSS.	Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.	Documentos de Archivo.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Control y custodia de las cuentas de cobro de proveedores y contratistas.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: ANDRÉS CAMILO SÁNCHEZ.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Tesorero.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Egresos.			PD-GF-10	1
OBJETIVO	Cumplir oportunamente con las obligaciones que tienen la E.S.E. Vidasinú, con funcionarios, contratistas, proveedores y prestadores de servicios en general, mediante el procedimiento de pagos.					
RESPONSABLE	Tesorero.					
ENTRADAS	Órdenes de pago, Resoluciones.					
PROVEEDORES	Procesos de Apoyo, Terceros.					
SALIDAS	Comprobantes de Egreso.					
CLIENTE	Procesos de Apoyo, Terceros Beneficiarios, Entidades de Control, Entidades Financieras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Revisar las Órdenes y/o Resoluciones de pago.	Tesorero.	Revisar en las órdenes y/o resoluciones de pago, el tercero o beneficiario, valor a pagar, el presupuesto asignado y forma de pago.	Órdenes de pago, Resoluciones y Soporte presupuestal de las mismas.		
2	Priorizar los pagos según la necesidad, y naturaleza del mismo.	Tesorero.	Organizar los pagos según la necesidad, prioridad y naturaleza.	Órdenes de pago, Resoluciones, con sus soportes.		
3	Recibir de Contabilidad las Órdenes y Resoluciones de Pago.	Contabilidad.	Recibir registradas en el libro radicado de Contabilidad la orden de pago o resolución de pago, debidamente aprobada por la Gerente y con los soportes.	Libro radicado de Contabilidad, Ordenes de pago, Soportes.		
4	Consolidar valores a pagar, realizar notas bancarias de traslado, para la disponibilidad de recursos.	Tesorero.	Consolidar los valores a pagar y realizar la disposición de recursos mediante notas bancarias.	Libros auxiliares en sistema.		
5	Solicitar al tesorero la generación del comprobante de egreso, acorde a la modalidad.	Tesorero.	Entregar las órdenes de pago y/o resoluciones a pagar al Tesorero, indicando modalidad.			
6	Generar Comprobante de Egreso.	Tesorero.	Revisar comprobante de egreso en el sistema realizando el registro en libros auxiliares, de acuerdo a la forma de pago. Elaborar nota débito o cheque según corresponda.	Comprobante de Egreso de Nota Débito ó Cheque.		
7	Si el pago es por Nota Débito, se realizará archivo plano y se aplicará la transferencia en Banca electrónica.	Tesorero.	Realizar el archivo plano cuando se requiera. Aplicar la transferencia electrónica.	Banca Electrónica.		
8	Realizar confirmación en banca electrónica del pago y se imprime la confirmación de la transferencia.	Tesorero.	Verificación de recursos debitados en el portal empresarial de la entidad.	soporte banca electrónica.	Banca Electrónica.	
9	Si el pago es con cheque, entregar cheques en Tesorería para firma de tesorero.	Sub-director administrativo y Tesorero.	Verificación y auditoría de título valor para aprobación y firma de subdirector administrativo y financiero y firma del tesorero.	Comprobantes de Egreso, Cheques.		
10	Revisión y aprobación de cheques con la firma del Gerente-Ordenador de Gasto.	Gerente.	Revisión y confrontación de los cheques con los Comprobante de Egreso.	Comprobantes de egreso con soportes y Cheques.		
11	Recibir comprobantes de egreso firmados por gerencia.	Tesorero.	Recibir comprobantes de egreso firmados por gerencia.	Comprobantes de egreso con soportes y Cheques.		
12	Firmar de cheques en Tesorería.	Tesorero.	Una vez revisados por el Gerente y Sub-director administrativo, el Tesorero firma los cheques de cada Comprobante de Egreso.	Cheques Firmados por el Tesorero.		
13	Entrega de cheques a los beneficiarios.	Tesorero.	Entregar los cheques al primer beneficiario, quien debe identificarse con la cédula de ciudadanía. Hacer firmar el Comprobante de Egreso correspondiente al pago.	Comprobante de Egreso firmadas por el beneficiario.		
14	Archivar la documentación para Archivo de Gestión.	Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.			

OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Perdida de valores en custodia de la tesorería, Control y custodia de las cuentas de cobro de proveedores y contratistas.		
	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
	Nombre: ANDRÉS CAMILO SÁNCHEZ. Cargo: Tesorero.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
	Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Conciliación Bancaria.			PD-GF-11	1
OBJETIVO	Identificar las posibles diferencias que existan entre una cuenta bancaria y el saldo contable en la cuenta de bancos de la entidad, con el fin de ser utilizado como una herramienta de control de las operaciones u transacciones económicas que realiza diariamente la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Tesorero (a) de la entidad, Jefe de Contabilidad.					
ENTRADAS	UPSs.					
PROVEEDORES	Contratistas, UPSs.					
SALIDAS	Cheques, pagos vía electrónica.					
CLIENTE	Proveedores, UPSs, contratistas.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Entrega de extractos bancarios a tesorería.	Tesorero.	La entidad bancaria a través de mensajería, y de plataforma virtual, envía extractos bancarios de cada una de las cuentas de la institución.	Extractos bancarios.		
2	Conciliación y ajuste de saldos bancarios.	Tesorero.	Realizar diariamente cruce de la información de los ingresos, cheques girados y cobrados, por medio de la plataforma electrónica del banco, para llevar control de los ingresos y egresos realizados.	Formato de conciliación bancaria.	Plataforma electrónica.	
3	Sacar las partidas conciliatorias y reflejarlas en el formato.	Tesorero.	Comparar cada una de las partidas de libros y extractos, verificando el cruce de las mismas dentro del movimiento mensual.	Formato de conciliación bancaria.	Hojas de Excel.	
4	Verificar los formatos de Conciliación bancaria.	Tesorero.	Una vez verificadas las sumas iguales en la Conciliación Bancaria, esta se da por terminada, se imprime y se firma por el Tesorero.	Formatos de conciliación bancaria.	Hojas de Excel.	
5	Impresión y firma de la Conciliación Bancaria.	Tesorero.	Cuando la conciliación bancaria ya es revisada por el tesorero este la imprime y la firma.	Formato de conciliación bancaria firmado.	Hojas de Excel.	
6	Revisión de la conciliación bancaria con la oficina de contabilidad.	Tesorero y Contador.	Después de haber llevado a cabo conciliación bancaria en el área de tesorería, esta información debe ser validada con la oficina de contabilidad, para confrontar la igualdad de los saldos en los libros auxiliares.	Formato de conciliación bancaria.	Hojas de Excel.	
7	Archivar la documentación para Archivo de Gestión.	Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.	Formato de conciliación bancaria.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Control de los recursos financieros de la Entidad.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: ANDRÉS CAMILO SÁNCHEZ.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Tesorero.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo de Caja Menor.			PD-GF-12	1
OBJETIVO	Garantizar un medio efectivo de disponibilidad de recursos, a través de caja menor, conformada con fondos destinados a la atención de gastos de funcionamiento e inversión imprevistos, de carácter urgente o de solución rápida, con un manejo eficiente, eficaz y austero.						
RESPONSABLE	Contador o quien esté asignado a Caja Menor, cierre contable de caja menor.						
ENTRADAS	Resolución de caja menor, Solicitudes de adquisición por caja menor.						
PROVEEDORES	Todos los Procesos de la E.S.E. Vidasinú.						
SALIDAS	Fenecimiento de los gastos para el reintegro del dinero a las cajas menores de la sede administrativa.						
CLIENTE	Todos los Procesos de la Empresa, Procedimiento causación de gastos.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Constituir los fondos fijos de Caja menor.	Gerente.	Constitución de los fondos fijos de Caja Menor, mediante Resolución emitida por Gerencia, donde se asigna al responsable del manejo. Incluir en la Póliza Global de Manejo de la institución.	Póliza de manejo y Resolución.			
2	Apertura del Libro Auxiliar de Caja Menor.	Jefe Oficina de Control Interno.	Realizar la apertura del libro auxiliar de caja menor, foliar y refrendar cada hoja, y realizar acta de apertura firmada por el Jefe Oficina de Control Interno, en la primera hoja del libro.	Libro Auxiliar de Caja Menor, Acta de apertura.			
3	Expedir el Certificado de Disponibilidad Presupuestal y el Registro Presupuestal.	Técnico Administrativo.	Expedir el certificado de disponibilidad presupuestal y registro presupuestal, para la apertura inicial de caja menor, según procedimiento vigente.	Póliza manejo y Resolución.			
4	Realizar el desembolso a los responsables del manejo de caja menor según resolución.	Tesorería.	Realizar el desembolso a los responsables del manejo de caja menor según resolución. Aplicar el procedimiento de egresos vigente.	Póliza manejo y Resolución.			
5	Identificar necesidades de bienes o servicios.	Jefes de Área solicitante.	Cuando las dependencias identifiquen la necesidad de adquisición de bienes o servicios que cumplan los requisitos para ser gestionados por caja menor, deben diligenciar el formato de solicitudes por caja menor, y debe ser firmado por el jefe de área solicitante.	Formato de solicitudes por caja menor.			
6	Verificar que los bienes solicitados no existen en Almacén (Para devolutivos).	Jefes de área solicitante.	Se debe verificar en el área de almacén que no existe disponibilidad de los elementos solicitados, y debe ser firmado por el responsable de Almacén.	Formato de solicitudes por caja menor.			
7	Gestionar firma del jefe del área o auxiliares de dependencias solicitantes.	Jefes de área solicitante.	Gestionar firma del jefe del área o auxiliares de dependencias solicitantes para adquisiciones por caja menor.	Formato de solicitudes por caja menor.			
8	Radicar la solicitud de adquisición por caja menor.	Jefes de área solicitante.	Radicar la solicitud de adquisición por caja menor, al responsable del manejo de caja menor.	Formato de solicitudes por caja menor.			
9	Hacer firmar el formato de solicitud de caja menor.	Responsable de caja menor.	Hacer firmar el formato de solicitud de caja menor por quien recibe el dinero, indicar el valor del desembolso.	Recibo de Caja Menor.			
10	Efectuar el desembolso solicitado.	Responsable de caja menor.	Efectuar el desembolso verificando que el formato este completamente diligenciado y firmado por los responsables.	Recibo, factura o cuenta de cobro, copia de la consignación.			
11	Adquirir el bien o servicio solicitado.	Auxiliares de la dependencia solicitante.	Adquirir el bien o servicio solicitado.				
12	Presentar facturas o documentos equivalentes.	Auxiliares de la dependencia solicitante.	Presentar al Responsable de caja menor, los soportes de compra o gastos, facturas o equivalentes, en los cuales esté contenido en letra legible el concepto, el valor, nombre y cédula de quien suministra el bien o servicio.	Facturas.			
13	Diligenciar el recibo de caja menor.	Responsable de caja menor.	Diligenciar completamente el recibo de caja menor. Firmar por el responsable de caja menor en aprobado.	Recibo de Caja Menor.			
14	Diligenciar el nuevo pago en el Libro	Responsable de	Diligenciar en el Libro Auxiliar de Caja Menor en forma	Libro Auxiliar de Caja			

	Auxiliar de Caja Menor.	caja menor.	consecutiva los datos del recibo de caja menor. En los registros del libro no deben existir enmendaduras, ni espacios en blanco.	menor, Recibo de Caja Menor.	
15	Solicitar reintegro de dinero.	Responsable de caja menor.	Una vez se haya gastado el 70% de los recursos de caja menor se debe solicitar el reintegro del dinero gastado, con todos los soportes, Facturas y/o recibos.	Oficio, Relación de gastos, soportes.	
16	Radicar oficio, libro auxiliar, recibos y relación de gastos con todos los soportes a Contabilidad.	Responsable de caja menor.	Radicar en correspondencia oficio, libro auxiliar, recibos y relación de gastos con todos los soportes dirigido a Contabilidad.	Oficio, libro auxiliar, relación de gastos y soportes.	
17	Revisar la relación de gastos y los soportes por cada recibo de caja menor.	Contador.	Revisar los soportes por cada recibo de caja menor, verificando que los anexos correspondan al tipo de gasto, de acuerdo a la normatividad vigente. Si existen recibos de caja menor por compra de elementos devolutivos de consumo controlado, debe verificarse que exista la entrada a almacén de los mismos. Si se encuentra algún error, se devuelve al responsable del gasto mediante oficio con copia a la oficina de Control Interno para su respectivo conocimiento.	Libro auxiliar caja menor, relación de gastos, soportes revisados, oficios.	
18	Sellar todos los recibos una vez revisados.	Contador.	Una vez revisados todos los recibos, se deben sellar con CONTABILIZADO Y CANCELADO.	Recibos y soportes sellados.	
19	Cierre del libro y el formato de reintegro de caja menor.	Contador.	Cierre contable de caja menor a través de una resolución al finalizar cada vigencia.	Libro auxiliar de caja menor, Formato de reintegro de caja menor.	
20	Entregar al Auxiliar de Contabilidad la relación y recibos soportes adjuntos, para gestionar el reintegro de caja menor.	Contador.	El auxiliar de contabilidad revisa y contabiliza cada de uno de los gastos para la emisión y elaboración del comprobante de egreso para su posterior desembolso.	Libro auxiliar, formato de reintegro de caja menor.	
21	Solicitar disponibilidad y registro presupuestal para reintegro de caja menor.	Gerencia.	Solicitar disponibilidad y registro presupuestal para reintegro de caja menor.		
22	Archivar documentación para archivo de Gestión.	Archivo.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.	Relación de soportes caja Menor.	


OBSERVACIONES | Administración del Riesgo: Solicitar reintegro de caja menor al momento de que se haya gastado el 70% de la misma para su reintegro.

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: KETTY HERRERA MESTRA.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo: Contador.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Facturación de Servicios de Salud.			PD-GF-13	1
OBJETIVO	Realizar la facturación de los servicios de salud prestados en la E.S.E. Vidasinú.						
RESPONSABLE	Facturadores de las UPSs, Responsables de facturación.						
ENTRADAS	Documento de identidad, carné de salud, órdenes médicas, notas de cargo, formato de Triage de urgencias.						
PROVEEDORES	Usuarios, Todos los procesos misionales de la ESE E.S.E. Vidasinú.						
SALIDAS	Factura firmada por el Usuario.						
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos misionales de la empresa, Procedimientos del Proceso de Gestión Financiera.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Informar al auxiliar de facturación sobre los servicios a facturar.	Según corresponda al procedimiento serán los Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Auxiliares de cada servicio. Usuarios o sus acompañantes.	Los responsables según procedimientos informarán al auxiliar de facturación o quien haga sus veces, desde los servicios ambulatorios, urgencias, hospitalización, ayudas diagnósticas, servicio farmacéutico o partos, a través de notas de cargo, procedimientos, unidades y cantidades que se debe facturar para cada Usuario. Esta información puede presentarla el Usuario, o su acompañante con órdenes médicas para facturación, recibos de facturación o formato de Triage de urgencias. En el caso de urgencias de prioridad, los auxiliares de enfermería del servicio apoyarán en informar para facturación.	Comunicación vía correo electrónico, órdenes para facturación, notas de cargo.			
2	Recibir a los Usuarios en Facturación y verificar derechos y planes de beneficios.	Responsable de facturación.	Saludar y recibir al Usuario en facturación, presentarse. - Solicitar el documento de identificación, carnet de salud y Órdenes médicas u otros soportes para facturación. - Ingresar al sistema para verificar derechos y plan de beneficios del Usuario.	Documento de identidad, carné de salud, ordenes médicas, boletas de facturación, Triage de urgencias.	SOINFOS / Facturación.		
3	¿El Usuario se encuentra registrado en la base de datos?	Responsable de facturación.	SI: Continuar a la actividad No. 8 NO: Continuar a la actividad No. 4		SOINFOS / Facturación.		
4	Informar al Usuario que no se encuentra en base de datos.	Responsable de facturación.	Informar al Usuario que no se encuentra en la base de datos suministrada por su aseguradora a la E.S.E. Vidasinú y hacer la búsqueda a través del foyga para prestar el servicio y direccionarlo a ser atendido.				
5	Solicitar autorización para atender al usuario que no se encuentra en la base de datos.	Responsable de facturación.	Solicitar autorización a través de correo electrónico institucional a la aseguradora que se encuentra afiliado para que el usuario reciba la atención.				
6	Usuario autorizado para su atención.	Encargado de solicitar autorización al asegurador.	Después de recibir la autorización de los servicios por parte de la aseguradora en donde se encuentra afiliado el usuario se procede a direccionarlo para recibir el servicio.				
7	Informar al cajero que el usuario ha sido creado.	Encargado de solicitar autorización al asegurador.	Informar al auxiliar de facturación a través de correo electrónico que el usuario corresponde a los datos de identificación que han sido autorizados por la aseguradora.				
8	Cargar servicios a facturar.	Responsable de facturación.	Cargar en el sistema los servicios a facturar según corresponda a las ordenes médicas, Triage de urgencias, notas de cargo.	Documento de identidad, carné de salud, ordenes médicas, notas de cargo, Triage de urgencias.	SOINFOS / Facturación.		

9	Facturar y liquidar actividades por Usuario.	Responsable de facturación.	Revisar el tipo de servicio a facturar según corresponda a las órdenes, facturar e imprimir factura. Hacer firmar la factura al Usuario y firma el responsable de facturación. En caso de que el Usuario no pueda firmar se hace colocar la huella dactilar. Anexar a la factura los soportes que correspondan al servicio y que presenta el Usuario o su acompañante.	Factura firmada, copia del documento de identidad y carné de salud según contratación, ordenes médicas, notas de cargo, Triage de urgencias.	SOINFOS / Facturación.
10	¿Existen facturas para anulación?	Responsable de facturación.	SI: Continuar a la actividad No. 11 NO: Continuar a la actividad No. 14	Facturas para anulación.	
11	Solicitar la anulación de facturas identificadas como incorrectas.	Responsable de facturación.	Solicitar a la persona responsable de la anulación de facturas de las UPSS rurales, la anulación de facturas identificadas como incorrectas.	Facturas para anulación.	
12	Verificar las causales de anulación y solicitar autorización de anulación al jefe de la oficina de sistemas del área de facturación.	Jefe de facturación, responsables de la anulación en la IPS rurales, responsables de facturar.	Verificar que la anulación está dentro de las causas determinadas. Registrar las causas de anulación en el Sistema. La responsable de la anulación en la IPS rurales, debe solicitar autorización al jefe de la oficina de sistemas del área de facturación. Para anular la factura. Una vez anuladas se informa al auxiliar de facturación, para que realice la verificación en el sistema.	Facturas para anulación.	
13	Verificar que la facturación anulada se registró en el sistema.	Responsable de facturación.	Verificar que la facturación anulada se registró en el sistema.		SOINFOS / Facturación.
14	Generar reporte de servicios sin liquidar o facturar y liquidarlos.	Responsable de facturación.	Generar diariamente al final de cada turno por facturador el reporte de servicios, la facturación de los mismos y los servicios sin liquidar. Para cada servicio sin liquidar se debe confirmar si se prestó o no el servicio verificando en la agenda de citas, en los registros del Auxiliar de estadística o con el prestador. Si se prestó el servicio se liquida o factura, y a la factura se adjunta una copia de los registros de prestación donde se encuentra la firma del Usuario.	Reporte de servicios sin liquidar, facturas, registros de prestación de servicios donde se encuentra la firma del Usuario.	SOINFOS / Facturación.
15	Realizar el cierre de caja y entrega de efectivo.	Responsable de facturación.	Realizar cierre de caja, el dinero en efectivo se entrega al finalizar el turno del Auxiliar de facturación, el recaudador debe custodiar los recursos hasta ser entregados al auxiliar de tesorería quien debe verificar si el efectivo entregado corresponde a lo que está en los recibos de caja y también revisara si los billetes de denominaciones altas deben ser cotejados por mecanismos que confirmen que estos billetes son válidos para ser enviados a consignar por la persona autorizada.	Cierre de caja.	SOINFOS / Facturación.
16	Organización de facturas para cuentas.	Responsable de facturación.	Diariamente en cada turno por facturador se deben organizar las facturas en orden por upss, por servicio, por contrato y por número consecutivo de facturas. Las facturas deben ser firmadas por el Usuario y anexar fotocopia del documento de identidad y carnet, siempre que se requiera según contratación vigente. Para facturas sin firma del Usuario, se anexan los registros de prestación de servicios donde se encuentra la firma del Usuario.	Facturas, documento de identidad y carnet, siempre que se requiera según contratación vigente, registros de prestación de servicios donde se encuentra la firma del Usuario.	SOINFOS / Facturación.
17	Entregar facturas organizadas al jefe de facturación de la E.S.E. Vidasinú.	Responsable de facturación.	Entregar periódicamente dentro de un mismo mes las facturas generadas, organizadas y soportadas, al jefe de facturación, para que sean revisadas y remitidas a cartera.	Facturas y soportes.	SOINFOS / Facturación.
18	Revisar y organizar las facturas de las UPSS.	Jefe de Facturación.	Revisar, organizar la facturación por orden consecutivo y verificar en el sistema las facturas entregadas y la totalidad de los soportes respectivos, según contratación vigente.	Facturas y soportes.	SOINFOS / Facturación.
19	Remitir facturas para cuentas al jefe de Cartera.	Jefe de Cartera.	Entregar máximo durante los cinco primeros días del mes siguiente las facturas con los soportes respectivos, organizadas, y revisadas al jefe de Cartera.	Facturas y soportes.	SOINFOS / Facturación.


OBSERVACIONES	<p>Administración del Riesgo: Bases de datos desactualizadas, Códigos de facturación erróneos, no aplicar normatividad vigente.</p> <p>FACTURACION MANUAL: Como medida de contingencia cuando no sea posible adelantar la facturación de servicios en el sistema por problemas técnicos, fluido eléctrico, fin de semana, festivos, falta de creación de usuarios, o atenciones extramurales se procederá a realizar la facturación manual por parte de los cajeros utilizando el talonario de facturas manuales entregado por la asistente administrativa de la red o Almacenista.</p> <p>Se debe diligenciar la factura manual en original y una copia, registrando todos los datos del usuario, el valor cobrado por el servicio facturado solamente cuando aplique.</p> <p>ANULACION DE FACTURAS: Cuando el facturador identifique que existen facturas para anulación por las siguientes causas: Inasistencia del Usuario, Usuario no corresponde, Procedimiento no realizado, Error en formato de Triage, Error en códigos, Error biológico, Cambio de aseguradora, Error en medicamentos, Error al facturar, se debe informar al ingeniero de sistemas que maneja el programa, a fin de que él determine si efectivamente cumplen los criterios de anulación. Todas las facturas anuladas se deben archivar en orden consecutivo.</p>		
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.</p>	<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.</p>	<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.</p>	
<p>Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años</p>	<p>Documento Original: Oficina de Calidad</p>	<p>Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú</p>	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Causación de ingresos, organización y radicación de cuentas de cobro por facturación en modalidad evento.			PD-GF-14	1
OBJETIVO	Garantizar el registro oportuno de las operaciones económicas y financieras que generan ingresos por prestación de servicios de salud de la E.S.E. Vidasinú por evento.					
RESPONSABLE	Jefe de Facturación.					
ENTRADAS	Contratos de Prestación de Servicios de Salud, Facturación por evento.					
PROVEEDORES	Usuarios del servicio, EPS Régimen Subsidiado, EPS Régimen Contributivo y Régimen Especial.					
SALIDAS	Radicación de cuentas de cobro.					
CLIENTE	Usuarios del servicio, EPS Régimen Subsidiado, EPS Régimen Contributivo, contabilidad.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepcionar de las UPSS facturas y soportes del mes inmediatamente anterior.	Jefe de Facturación.	Recepcionar de las UPSS las facturas por venta de servicios de salud en modalidad de eventos y soportes del mes inmediatamente anterior, durante los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes.	Facturas por venta de servicios en modalidad de eventos y soportes.	SOINFOS.	
2	Ingresar al sistema y generar informe para consolidación de cuentas.	Jefe de Facturación.	Ingresar al sistema los RIPS de los servicios facturados y generar un informe para consolidación de cuentas.	Informe de consolidación de cuentas.	SOINFOS.	
3	Consolidar las facturas con sus soportes para el trámite del cobro.	Jefe de Facturación.	Consolidar las facturas con sus soportes para el trámite del cobro.	Facturas y soportes.	SOINFOS.	
4	Generar la cuenta de cobro.	Jefe de Facturación.	Generar la cuenta de cobro por facturación de eventos.	Cuenta de cobro por facturación.		
5	Recibir los medios magnéticos con información de RIPS validados.	Oficina de Sistemas en el área de facturación.	Recibir de la Oficina de Sistemas los medios magnéticos con información de RIPS validados de las cuentas de facturación realizadas por las diferentes redes operativas.	Medios Magnéticos.	SOINFOS.	
6	Revisar y firmar las cuentas de cobro.	Jefe de Facturación. Gerente.	Revisar y firmar las cuentas de cobro.	Cuentas de cobro firmadas.		
7	Etiquetar los paquetes de cuentas de cobro para envío por archivo externo o radicación personalizada.	Jefe de Facturación.	Etiquetar los paquetes de cuentas de cobro para envío por archivo externo o radicación personalizada.	Paquetes etiquetados.		
8	Remisión de las cuentas de cobro, medio magnético y soportes pertinentes a la entidad administradora de salud que corresponda.	Jefe de Facturación.	Remisión de las cuentas de cobro, medio magnético y soportes pertinentes a la entidad administradora de salud que corresponda.	Cuentas de cobro con radicación ante la entidad correspondiente.		
9	Archivar la documentación generada.	Jefe de Facturación	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.			


OBSERVACIONES	Administración de Riesgos: Facturación de servicio sin autorización, pérdida de la Factura.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Causación de ingresos, organización y radicación de cuentas de cobro por facturación en modalidad capitación.			PD-GF-15	1
OBJETIVO	Garantizar el registro oportuno de las operaciones económicas y financieras que generan ingresos por prestación de servicios de salud de la E.S.E. Vidasinú por capitación.					
RESPONSABLE	Jefe de Facturación.					
ENTRADAS	Contratos de Prestación de Servicios de Salud por capitación.					
PROVEEDORES	Usuarios del servicio, EPS Régimen Subsidiado, EPS Régimen Contributivo y Régimen Especial.					
SALIDAS	Radicación de cuentas de cobro.					
CLIENTE	Usuarios del servicio, EPS Régimen Subsidiado, EPS Régimen Contributivo y Régimen Especial, contabilidad.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepcionar la información de contratos por capitación celebrados entre las entidades administradoras de Salud y la E.S.E. Vidasinú.	Jefe de Facturación.	Recepcionar la información de contratos por capitación celebrados entre las entidades administradoras de Salud y la ESE.	Contratos por capitación.	SOINFOS.	
2	Análisis de los contratos por capitación.	Jefe de Facturación.	Análisis de los contratos por capitación, verificando la forma de pago para la elaboración de la cuenta de cobro.	Contratos por capitación.	SOINFOS.	
3	Ingresar al sistema y generar informe para consolidación de cuentas.	Jefe de Facturación.	Ingresar al sistema mediante el comprobante de ventas a crédito, generar un informe para consolidación de cuentas.	Informe de consolidación de cuentas.	SOINFOS.	
4	Generar la cuenta de cobro.	Jefe de Facturación.	Generar la cuenta de cobro por capitación.	Cuenta de cobro por facturación		
5	Recibir los medios magnéticos con información de RIPS validados.	Oficina de Sistemas área de Facturación.	Recibir de la Oficina de Sistemas, los medios magnéticos con información de RIPS validados de las cuentas de facturación realizadas por las diferentes redes operativas.	Medios Magnéticos.	SOINFOS.	
6	Revisar y firmar las cuentas de cobro.	Jefe de Facturación y Gerente.	Revisar y firmar las cuentas de cobro.	Cuentas de cobro firmadas.		
7	Etiquetar los paquetes de cuentas de cobro para envío por archivo externo o radicación personalizada.	Jefe de Facturación.	Etiquetar los paquetes de cuentas de cobro para envío por archivo externo o radicación personalizada.	Paquetes etiquetados.		
8	Remisión de las cuentas de cobro, medio magnético y soportes pertinentes a la entidad administradora de salud que corresponda.	Jefe de Facturación.	Remisión de las cuentas de cobro, medio magnético y soportes pertinentes a la entidad administradora de salud que corresponda.	Cuentas de cobro con radicación ante la entidad.		
9	Archivar la documentación generada.	Jefe de Facturación.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.	Cuentas de cobro firmadas y con radicación ante la entidad correspondiente.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Bases de datos desactualizadas, Códigos de facturación erróneos, no aplicar normatividad vigente.					

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Auditoría de Cuentas, Análisis y Seguimiento a Glosas.			PD-GF-16	1
OBJETIVO	Realizar las gestiones pertinentes dentro de los términos establecidos en la Ley y procedimientos establecidos por la E.S.E. Vidasinú para lograr el levantamiento de las glosas presentadas por los entes pagadores, o su respectiva conciliación, que permitan asegurar el mayor ingreso de recursos por la prestación de servicios de salud.						
RESPONSABLE	Auditores de cuentas, Responsables de facturación.						
ENTRADAS	Comunicación de glosas, facturas y soportes anexos.						
PROVEEDORES	EPS, Entidades que contratan nuestros servicios, entes territoriales, Fosyga. Clientes internos, Compañías de Seguros.						
SALIDAS	Respuesta a glosas, conciliaciones.						
CLIENTE	Internos, EPS, Entidades que contratan nuestros servicios, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras. Fosyga.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción de las glosas.	Recepción de Correspondencia.	Recepción de Correspondencia recepciona las glosas enviadas por los entes pagadores; quien antes de terminar la jornada laboral entregará en Auditoría de Cuentas Médicas.	Comunicación de glosas, facturas y soportes anexos.			
2	Verificar que las comunicaciones de glosas cuenten con la información requerida para su trámite y sean oportunas.	Auditores de cuentas, Auxiliar Auditoría.	Verificar que las comunicaciones de glosas cuenten con la información requerida para su trámite y se encuentren dentro de los términos vigentes, es decir dentro de los 15 días hábiles a partir de la radicación de la cuenta de cobro en la entidad pagadora.	Comunicación de glosas, facturas y soportes anexos.			
3	Evaluar la glosa según lo establecido en la resolución 3047 de 2007 y 4331 de 2012.	Auditores de cuentas, Auxiliar Auditoría.	Verificar las causales de glosas y/o devolución según los códigos establecidos e identificar su pertinencia de acuerdo al concepto y su aplicación.	Comunicación de glosas, facturas y soportes anexos.			
4	Consolidar la información de las glosas para dar respuesta a la entidad contratante.	Auditores de cuentas, Auxiliar Auditoría.	<p>Consolidar la información de las glosas para dar respuesta a la entidad contratante.</p> <p>Todas las glosas presentadas por entidades contratantes deben ser respondidas por la empresa independientemente de que sean o no subsanables.</p> <p>Formular la respuesta formal de la empresa, relacionando las glosas aceptadas, el número de factura o equivalente, valor y denominación del servicio descontado en el formato establecido. Cuando haya lugar a aclaraciones o correcciones deben adjuntarse los soportes pertinentes.</p> <p>Las glosas se responderán según los siguientes códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 995 - Glosa o devolución extemporánea. - 996 - Glosa o devolución injustificada. - 997 - Glosa no Subsanaada. - 998 - Glosa subsanada parcial. - 999 - Glosa subsanada. 	Respuesta consolidada para las glosas.			
5	Dar respuesta a glosas.	Auditores de cuentas, y auxiliar de auditoría.	Los auditores de cuentas médicas y/o auxiliar de auditoría, darán respuesta a las glosas según los códigos establecidos, indicando el motivo, según sea el caso. Tiempo 15 días hábiles.	Respuesta consolidada para las glosas.			


6	Radicar las respuestas a glosas dentro de los términos permitidos.	Audidores de cuentas.	Radicar las respuestas a glosas dentro de los términos permitidos, indicando en la copia de radicación la fecha de entrega para certificar la oportunidad de la entrega. Tiempo: dentro de los 15 días hábiles después de la notificación por la EPS-S.	Radicación oportuna de glosas, con fecha.	
7	¿La Entidad responsable de pago, emite respuesta de aceptación o no de las glosas?	Entidad responsable de pago.	NO: Continuar en la actividad No. 8 SI: Continuar en la actividad No. 9	Registro de causas de glosas.	
8	Adelantar los trámites para las facturas que fueron glosadas, como cuentas de cartera.	Auxiliar Administrativo (Facturación y Cartera).	Ante la omisión de respuesta de la entidad responsable de pago se tramitan como cuentas de cartera, sin afectar su valor.		
9	¿La respuesta a las glosas es aceptada?	Audidores de cuentas.	NO: Continuar en la actividad No. 10 SI: Continuar en la actividad No. 14	Respuesta de la entidad responsable.	
10	Adelantar gestiones de conciliación para las glosas que no fueron aceptadas.	Audidores de cuentas, Responsables de las partes en la conciliación.	Adelantar gestiones de conciliación para las glosas que no fueron aceptadas.		
11	¿La conciliación es efectiva para las glosas presentadas y no aceptadas?	Audidores de cuentas, Responsables de las partes en la conciliación.	NO: Continuar en la actividad No. 12 SI: Continuar en la actividad No. 14		
12	Acudir a las instancias pertinentes para la solución de conflictos.	Audidores de cuentas, Responsables de las partes en la conciliación.	Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud o a las instancias correspondientes en los términos establecidos por la ley.	Documentos generados en la solución del conflicto.	
13	Levantar acta de conciliación de glosas.	Audidores de cuentas, Responsables de las partes en la conciliación.	Levantar acta de conciliación de glosas, hacer firmar por los responsables de las partes.	Acta de conciliación.	
14	Remitir acta de conciliación a cartera y contabilidad para los registros pertinentes.	Audidores de cuentas.	Remitir acta de conciliación a cartera y contabilidad para los registros pertinentes.	Acta de conciliación.	
15	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Audidores de cuentas.	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.		
OBSERVACIONES Administración del Riesgo: No recuperar facturación realizada por la IPS, Generar clima de no conformidad entre las partes.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Cartera por Eventos.			PD-GF-17	1
OBJETIVO	Garantizar la sostenibilidad financiera de la E.S.E. Vidasinú a través de las actividades tendientes al recaudo de la cartera en forma oportuna, de tal manera que permita un flojo adecuado y garantizado que la E.S.E. Vidasinú cumpla con las obligaciones económicas; Proveer a la E.S.E. de la información económica-contable, con un criterio cualificado de sus actividades, que permitan afectar los en forma ordenada con los soporte los estados financieros; realizar conciliación con los entes responsables del pago (EPS) aseguradoras, entes territoriales, particulares).					
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, Jurídica, Tesorería, Contabilidad. Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.					
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la Empresa.					
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.					
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de las facturas de eventos radicadas.	Auxiliar de Cartera.	Se recibe del Jefe de facturación las facturas radicadas por cada uno de los entes responsables del pago: 1- Si las facturas son radicadas en Montería, pasar a actividad N° 2, si las facturas corresponden entes pagadores radicados fuera del municipio, pasar a la actividad N° 3.	Facturas radicadas, relación de las facturas en medio magnético.		
2	Registro de las facturas en cartera.	Auxiliar de Cartera.	de Se registran las facturas en el formato de Excel correspondientes a entes pagadores a quien se le prestó el servicio.	Facturas radicadas.	Hoja de Excel.	
3	Envío de facturas por servicio de mensajería.	Auxiliar de Cartera, Secretaria.	Se entregan los paquetes de facturas debidamente rotulados a recepción, para su envío.	Recibos guía de correspondencia.		
4	Remisión de facturas a contabilidad y presupuesto para su causación.	Analista de Cartera - Auxiliar de Contabilidad.	Se entrega relación de facturas con soportes para su causación en contabilidad y presupuesto.	Facturas radicadas - Relación de facturas.	Espiral y Hoja de Excel.	
5	Recepción de facturas causadas en contabilidad y presupuesto.	Auxiliar de Cartera.	Se recibe del auxiliar de contabilidad, las facturas causadas con su respectivo sello de causación de causación en contabilidad y presupuesto.	Facturas con sello de causación en contabilidad y presupuesto.	Espiral y Hoja de Excel.	
6	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Auxiliar de Archivo.	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Facturas.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: El no mantener la información veraz y confiable de la cartera de las diferentes entidades prestadoras de servicio de salud (Contributiva, Particulares y Aseguradoras) implica en presentar información no fidedigna a los entes de control lo cual acarrea sanciones disciplinarias.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Cartera por Capitación.			PD-GF-18	1
OBJETIVO	Garantizar la sostenibilidad financiera de la E.S.E. Vidasinú a través de las actividades tendientes al recaudo de la cartera en forma oportuna, de tal manera que permita un flojo adecuado y garantizado que la E.S.E. Vidasinú cumpla con las obligaciones económicas; Proveer a la E.S.E. de la información económica-contable, con un criterio cualificado de sus actividades, que permitan afectar los en forma ordenada con los soporte los estados financieros; realizar conciliación con los entes responsables del pago (EPS), aseguradoras, entes territoriales, particulares).						
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, Jurídica, Tesorería, Contabilidad. Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.						
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la Empresa.						
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.						
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción de formato de liquidación de facturas según contratos.	Auditor de cuentas médicas/ analista de cartera.	Se recibe informe de liquidación de facturas generado por auditoría de cuenta médicas y los envía a Subdirección Administrativa y Financiera para que proceda a la elaboración de las facturas.	Formato de liquidación de factura.	Hojas de Excel.		
2	Revisión de la liquidación de la facturación contra la contratación, para verificar información de la cápita.	Analista de cartera/Analista de cartera.	Se verifican que los valores del contrato estén acordes con los valores a facturar, registrados en el formato de liquidación de facturas.	Formato de liquidación de factura.	Hoja de Excel.		
3	Entregar formato de liquidación de factura a la subdirección administrativa y financiera para la elaboración de la factura.	Analista de cartera/ Subdirección administrativa y financiera.	Subdirección administrativa y financiera, con la información enviada en el formato de liquidación de facturas, procede a la elaboración de la misma.	Factura.			
4	Recibo de factura elaborada.	Analista de Cartera.	Se recibe factura para verificar la información contenida en la misma: 1-Si la factura presenta inconsistencias se regresa al paso 3.2-Si la factura se encuentra correctamente diligenciada se pasa al paso 5.	Facturas.	Espiral y Hoja de Excel.		
5	Registro de las facturas en cartera.	Analista de Cartera.	Se registran las facturas en el formato de Excel correspondientes a entes pagadores a quien se le prestó el servicio.	Formato en Excel.	Hoja de Excel.		
6	Revisión y visto bueno del Auditoría de Cuentas Médicas.	Auditor de Cuentas Médicas - Analista de Cartera.	Se entrega factura al Auditor de Cuentas Médicas para su revisión y visto bueno la firma de Gerencia.	Factura revisada.			
7	Legalización de la factura por Gerencia.	Gerencia.	Se entrega factura en Gerencia para su firma.	Factura legalizada.			
8	Entrega de facturas legalizadas al Jefe de facturación.	Jefe de facturación, Analista de Cartera.	Se elabora relación de facturas legalizadas para entregar al jefe de facturación, las cuales deben ser soportadas por los RIPS, para posteriormente ser radicadas en cada uno de los entes pagadores (EPS, Entes territoriales).	Facturas legalizadas, relación de facturas.	Soinfos.		
9	Recepción de facturas radicadas.	Jefe de facturación, Analista de Cartera.	Facturación entrega facturas radicadas con el respectivo sello o constancia de radicación de las EPS, al analista de cartera.	Facturas radicadas.			
10	Registro de fecha de radicación.	Auxiliar de Cartera.	Con la factura radicada se procede a registrar la fecha de radicación en el formato de trazabilidad de la factura.	Formato de trazabilidad de la factura.	Hoja de Excel.		

11	Remisión de facturas a contabilidad y presupuesto para su causación.	Analista de Cartera Auxiliar de Contabilidad.	Se entrega relación de facturas con soportes para su causación en contabilidad y presupuesto.	Facturas radicadas Relación de facturas.	Espiral y Hoja de Excel.
12	Recepción de facturas causadas en contabilidad y presupuesto.	Auxiliar de Cartera.	Se recibe del auxiliar de contabilidad, las facturas causadas con su respectivo sello de causación de causación en contabilidad y presupuesto.	Facturas con sello de causación en contabilidad y presupuesto.	Espiral y Hoja de Excel.
13	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Auxiliar de archivo.	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Facturas.	
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: El no mantener la información veraz y confiable de la cartera de las diferentes entidades prestadoras de servicio de salud (Contributiva, Particulares y Aseguradoras) implica en presentar información no fidedigna a los entes de control lo cual acarrea sanciones disciplinarias.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Ingresos por Cartera.			PD-GF-19	1
OBJETIVO	Garantizar la sostenibilidad financiera de la E.S.E. Vidasinú a través de las actividades tendientes al recaudo de la cartera en forma oportuna, de tal manera que permita un flujo adecuado y garantizado que la E.S.E. Vidasinú cumpla con las obligaciones económicas; Proveer a la E.S.E. de la información económica-contable, con un criterio cualificado de sus actividades, que permitan afectar los en forma ordenada con los soporte los estados financieros; realizar conciliación con los entes responsables del pago (EPS, aseguradoras, entes territoriales, particulares).						
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, Jurídica, Tesorería, Contabilidad, Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.						
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la Empresa.						
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.						
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción de comprobantes de ingreso de tesorería.	Tesorería y analista de Cartera.	Se reciben los comprobantes de ingreso y se verifica el tercero y que factura se están afectando con dicho ingreso: 1. Si se puede identificar el tercero o afectar la(s) factura(s), continúa el paso 3; 2. Si no se puede.	Comprobantes de ingresos.			
2	Registro de ingreso no identificados.	Analista de cartera Tesorería.	Se registra el ingreso o pago en cartera en el formato de trazabilidad de la factura, y en contabilidad se lleva a una cuenta transitoria (140981 Giro Directo por Abono a Cartera Régimen Subsidiado) pendientes por identificar).	Comprobantes de ingresos.	Formato de trazabilidad de la factura, Espiral.		
3	Registro del ingreso o pago identificados.	Analista de Cartera.	Se registran en el formato de trazabilidad de la factura los ingresos o pagos de acuerdo al tercero y las facturas afectadas por el mismo.	Formato de trazabilidad de la factura.	Hoja de Excel.		
4	Entrega de comprobantes de ingreso a contabilidad y presupuesto para su contabilización.	Analista de Cartera, Auxiliara de contabilidad, técnico administrativo en presupuesto.	Se entregan los comprobantes de ingresos ya registrados para su contabilización.	Registros contables y presupuestales.	ESPIRAL.		
5	Recepción de comprobantes de ingreso de contabilidad y presupuesto.	Auxiliar de Cartera.	Se recibe del auxiliar de contabilidad los comprobantes contabilizados con su respectivo sello de contabilización de contabilidad y presupuesto.	Comprobantes de ingresos, debidamente sellados.	Espiral y Hoja de Excel.		
6	Archivar los comprobantes de ingresos con sus respectivos soportes.	Auxiliar de Cartera.	Archivar los comprobantes de ingresos con sus respectivos soportes.	Comprobantes de ingresos.			
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: El no mantener la información veraz y confiable de la cartera de las diferentes entidades prestadoras de servicio de salud (Contributiva, Particulares y Aseguradoras) implica en presentar información no fidedigna a los entes de control lo cual acarrea sanciones disciplinarias.						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ			
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.			
Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.			
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú			


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Gestión de Glosas, Devoluciones y Atenciones en otras IPS.			PD-GF-20	1
OBJETIVO	Garantizar la sostenibilidad financiera de la E.S.E. Vidadasinú a través de las actividades tendientes al recaudo de la cartera en forma oportuna, de tal manera que permita un flujo adecuado y garantizado que la E.S.E. Vidadasinú cumpla con las obligaciones económicas; Proveer a la E.S.E. de la información económica-contable, con un criterio cualificado de sus actividades, que permitan afectar los en forma ordenada con los soporte los estados financieros; realizar conciliación con los entes responsables del pago (EPS, aseguradoras, entes territoriales, particulares).					
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, Jurídica, Tesorería, Contabilidad. Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.					
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).					
PROVEEDORES	EPS, Aseguradoras, Entes territoriales (entes responsables del pago).					
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.					
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita.	Auxiliar de Cartera - Auxiliar de Auditoría de Cuentas Médicas.	Se recibe del auxiliar de Auditoría de Cuentas Médicas las glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita, con sus respectivos soportes.	Formatos y soportes de glosas.		
2	Registro glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita.	Auxiliar de Cartera.	Se procede a registrar las glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita, en el formato de trazabilidad de la factura.	Formatos y soportes de glosas.	Formato de trazabilidad de la factura.	
3	Entrega de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita a contabilidad.	Analista de Cartera, Auxiliar de contabilidad.	Se hace relación de las glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS y junto con los respectivos soportes de glosas, se entregan a contabilidad para ser contabilizadas, Comprobantes de ingresos ya registrados para su contabilización.	Registros contables y presupuestales.	ESPIRAL, formato de trazabilidad de la factura.	
4	Recepción de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita de contabilidad.	Auxiliar de Cartera - Auxiliar de Cuentas Médicas.	Una vez registradas las glosas, devoluciones, atenciones en otras IPS, se recibe del auxiliar de contabilidad las glosas, para luego ser entregadas al auxiliar de auditoría de cuentas médicas.	Formatos y soportes de glosas.		
5	Devolución a Auditoría de Cuentas Médicas, las glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita para su clasificación, distribución y respuestas.	Auxiliar de Cartera - Auxiliar de Cuentas Médicas y equipo auditor.	Se reciben las glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita de la oficina de contabilidad para seguir con el procedimiento de respuesta a las glosas por el equipo auditor.	Formato de respuesta de glosas.	Hoja de Excel.	
6	Registro de respuestas de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita por cartera.	Auxiliar de Cartera - Auxiliar de Cuentas Médicas.	Se procede a registrar en el formato de trazabilidad de la factura la respuesta emitida por la E.S.E. al ente responsable del pago, se puede presentar dos opciones: 1- Si se acepta la glosa, procede el numeral 7; 2- Si la glosa no es aceptada, procede el numeral 10.	Formato de respuesta de glosas.	Hoja de Excel.	
7	Enviar a contabilidad respuestas de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita.	Auxiliar de Cartera, Auxiliar de contabilidad.	Se entregan a contabilidad las respuestas de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita, para su respectivo registro contable.	Formato de respuesta de glosas.	Hoja de Excel.	
8	Devolución de las respuestas a glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita de contabilidad.	Auxiliar de Cartera, Auxiliar de cuentas médicas.	Una vez registrada en contabilidad la respuesta de aceptación de la glosa se procede a entregar al auxiliar de auditoría para su respectivo archivo.	Formato de respuesta de glosas.		

9	Recepción de las respuestas glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita de contabilidad.	Auxiliar de Cartera.	Devolución a Auditoría de Cuentas Médicas de glosas, devoluciones y atenciones en otras IPS con cargo a la cápita, después de ser contabilizadas.	Soportes respuesta a glosas.	
10	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Auxiliar de archivo.	Archivar la documentación generada según procedimiento de manejo de archivo de gestión.	Soportes respuesta a glosas.	
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: El no mantener la información veraz y confiable de la cartera de las diferentes entidades prestadoras de servicio de salud (Contributiva, Particulares y Aseguradoras) implica en presentar información no fidedigna a los entes de control lo cual acarrea sanciones disciplinarias.				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Gestión de Cobro de la Cartera.			PD-GF-21	1
OBJETIVO	Garantizar la sostenibilidad financiera de la E.S.E. Vidasinú a través de las actividades tendientes al recaudo de la cartera en forma oportuna, de tal manera que permita un flujo adecuado y garantizado que la E.S.E. Vidasinú cumpla con las obligaciones económicas; Proveer a la E.S.E de la información económica-contable, con un criterio cualificado de sus actividades, que permitan afectar los en forma ordenada con los soporte los estados financieros; realizar conciliación con los entes responsables del pago (EPS, aseguradoras, entes territoriales, particulares).					
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Jurídica, Tesorería, Auditoría de Cuentas Médicas, Contabilidad. Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.					
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).					
PROVEEDORES	EPS, Aseguradoras, Entes territoriales (entes responsables del pago).					
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.					
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Planeación de Gestión de Cobro.	Analista de Cartera.	A partir de la radicación de la factura ante el responsable del pago, se inicia el seguimiento y acciones de cobro para hacer efectivo el pago.			
2	Verificación de Pagos contra facturas radicadas.	Analista de Cartera Auxiliar de Cartera.	Revisión de los reportes de Tesorería referente a los pagos recibidos de los entes pagadores.			
3	Gestión de Soportes de Pago.	Auxiliar de Cartera Analista de Cartera.	Se programan llamadas telefónicas y envíos de correos electrónicos mensuales y visitas bimestrales con cada una de las E.P.S., solicitándoles el pago y soportes de cruce de pagos con facturas radicadas.			
4	Confirmación de los Pagos recibidos.	Analista de cartera Tesorero.	Se confirma el pago reportado por el ente pagador, contra los comprobantes de ingresos o extractos bancarios.	Comprobantes de Ingresos Extractos bancarios.		
5	Actualización de Estado de Cartera.	Auxiliar de Cartera.	Una vez confirmado los diferentes pagos por parte del ente pagador se procede a realizar el correspondiente registro en cartera.	Formato de trazabilidad de la factura.	Hoja de Excel.	
6	Registro de pagos.	Analista de cartera Tesorero.	Se actualiza el formato de trazabilidad de la factura de acuerdo al pago registrado en el comprobante de ingreso.	Comprobantes de ingresos - Formato de trazabilidad de la factura.	Hoja de Excel.	
7	Revisión y determinación de la cartera para cobro jurídico.	Analista de cartera Subdirección Administrativa Jurídica - Gerencia.	Se presenta la cartera a Subdirección Administrativa, Gerencia y Gerencia para revisión y aprobación de la cartera para cobro jurídico.	Listado de Cartera.	Hoja de Excel.	
8	Entrega de Cartera para cobro jurídico.	Analista de cartera jurídica.	Luego de aprobada la cartera para cobro jurídico, se hace entrega de la relación de cartera, soportes físicos; mediante acta de entrega de la misma.	Listado de cartera Facturas, Actas Certificaciones.		
9	Archivo.		Se proceden a archivar la información.			
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: El no mantener la información veraz y confiable de la cartera de las diferentes entidades prestadoras de servicio de salud (Contributiva, Particulares y Aseguradoras) implica en presentar información no fidedigna a los entes de control lo cual acarrea sanciones disciplinarias.					


ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS. Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Conciliación y Depuración de Cartera.			PD-GF-22	1
OBJETIVO	Realizar conciliación con los entes responsables del pago (EPS, aseguradoras, entes territoriales, particulares) para determinar la razón de los saldos pendientes y generar los procedimientos normativos y administrativos necesarios que permitan a la E.S.E. Vidasinú la depuración y posterior recuperación de la cartera.					
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Jurídica, Tesorería, Auditoría de Cuentas Médicas, Contabilidad. Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.					
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).					
PROVEEDORES	EPS, Aseguradoras, Entes territoriales (entes responsables del pago).					
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.					
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Acordar cita para conciliar cartera.	Analista de Cartera.	Acordar fecha con los funcionarios responsables de la conciliación de cartera de los distintos entes responsables del pago, mediante oficio, correo electrónico o contacto telefónico.	Concertación de Citas para conciliación de cartera.		
2	Conciliación de Cartera.	Analista de Cartera.	Se procede a comparar los saldos de la cartera con los del ente a conciliar, con el fin de establecer las diferencias y proceder a subsanarlas, con los respectivos soportes y pruebas necesarias para tal propósito; elaborándose acta conciliatoria.	Actas de Conciliación de Cartera.	Formato en Word.	
3	Ajustes a la Cartera.	Analista de Cartera.	De acuerdo al Acta de Conciliación Legalizada, se determina el monto y tipo de nota a realizar.	Notas contables.		
4	Registros de Notas contables.	Analista de Cartera.	Elaborar las respectivas notas contables debidamente autorizadas y firmadas, y se procede a actualizar la cartera en el formato de trazabilidad de la factura.	Notas contables.		
5	Ajustes contables.	Auxiliar de Cartera Auxiliar Contable.	Se entregan las notas contables al Auxiliar contable para el respectivo registro.	Relación de notas contables.		
6	Seguimiento y Actualización de Cartera.	Analista de Cartera.	Se realiza seguimiento a la cartera conciliada.	Formato de trazabilidad de la factura.	Formato de Excel	
7	Archivo Documentación.	Auxiliar contable.	Se procede a archivar los diferentes documentos generados en el proceso conciliatorio, tales como actas, notas, relación de cartera.			
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Las notas de contabilidad se hacen a través de un oficio, el cual sirve de soporte para actualizar la cartera y contabilidad.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Generación de Informes de Cartera.			PD-GF-23	1
OBJETIVO	Generar informes periódicos confiables, para la Directiva o Administración de la E.S.E. Vidasinú, que permitan la toma de decisiones en relación con el flujo de recursos financieros. Generar informes para los diferentes entes internos o externos de inspección, vigilancia y control; de acuerdo a los requerimientos solicitados.					
RESPONSABLE	Analista de Cartera, Jurídica, Tesorería, Auditoría de Cuentas Médicas, Contabilidad. Presupuesto, Subgerencia Administrativa y Financiera.					
ENTRADAS	Registros de los movimientos contable-financieros (Facturas, Notas de Contabilidad, Comprobantes de Ingresos, Actas de conciliación).					
PROVEEDORES	EPS, Aseguradoras, Entes territoriales (entes responsables del pago).					
SALIDAS	Informes periódicos de cartera, Actas de Conciliación de cartera, Reportes a los diferentes entes de vigilancia y control.					
CLIENTE	Usuarios Internos, Usuarios Externos tales como: EPS, Entes de Vigilancia y Control, entes territoriales (Municipal, Departamental, Nacional), compañías aseguradoras.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Informe bimestral del Estado General de Cartera para Gerencia.	Analista de cartera.	Enviar a Gerencia el día 20 de los meses impares la información bimestral del estado general de la cartera clasificada por deudores morosos, con corte al mes inmediatamente anterior.	Informe Bimestral del estado de cartera.	Hoja de Excel.	
2	Informe Trimestral y Anual de Deudores para la Secretaría de Desarrollo Departamental y para el Ministerio de Salud y Protección Social.	Analista de Cartera.	de Generar reporte trimestral de cartera de deudores en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social, definida para tal fin; los cuales se reportan en las fechas establecidas; finalmente se genera el reporte anual.	Reporte Trimestral de Cartera de Deudores.	SIHO.	
3	Informe Semestral de Deudores Morosos para la Contaduría General de la Nación.	Analista de cartera.	Reportar información semestral con corte a 31 de mayo y 30 de noviembre del Boletín de Deudores Morosos del Estado (BDME) de acuerdo a los criterios establecidos por la Contaduría General de la Nación.	Boletín de Deudores Morosos del Estado (BDME).	Sistema CHIP.	
4	Estado trimestral de cartera por entes responsables del pago.	Analista de cartera.	Generar reporte trimestral de la cartera por cada uno de los deudores morosos.	Reporte de Cartera por deudor.	Hoja de Excel.	
5	Estado trimestral de cartera para cobro jurídico.	Analista de Cartera.	Se Genera informe de cartera para revisión y aprobación por Sub-Dirección Administrativa, Jurídica y Gerencia para cobro jurídico.	Reporte de Cartera para cobro jurídico.	Hoja de Excel.	
6	Reporte trimestral de estado de cartera para el Ministerio de Salud y protección Social y la Superintendencia nacional de Salud.	Analista de Cartera Ingeniero de Sistemas.	Se genera reporte trimestral de cartera de deudores, para ser cargado en la plataforma PISIS del portal SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social.	Reporte de Cartera por deudor.	Plataforma PISIS y Portal SISPRO del Minsalud.	
7	Archivo de Reportes.	Analista de Cartera Ingeniero de Sistemas.	Se Procede a archivar los informes y soportes generados.	Reportes de Cartera.		
OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Entrega de los Informes fuera de los términos de ley a los organismos internos o externos que solicitan información.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: EDWIN NEGRETE CONTRERAS.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Auditor de Cuentas Medicas.		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Elaboración de Estados Financieros.			PD-GF-24	1
OBJETIVO	Generar los estados financieros de la E.S.E. Vidadasinú con información razonable, confiable, consistente, verificable, oportuna y objetiva.					
RESPONSABLE	Profesional universitario contabilidad.					
ENTRADAS	Registros de los movimientos y/o transacciones financieras.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la Empresa.					
SALIDAS	Estados Financieros Elaborados y Firmados.					
CLIENTE	Entidades de control, Entidades y procesos que los requieran.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Consolidar y verificar la información.	Contador.	Consolidar y verificar la información con base a los registros de los movimientos y/o transacciones financieras diarias de la empresa.	Informe Bimestral del estado de cartera.	Hoja de Excel.	
2	Corregir inconsistencias de los registros, cuando amerite.	Contador.	Si existe algún error en los registros, se corrige con el proveedor, en forma interna informando verbalmente al responsable del movimiento.	Registros del sistema.		
3	Ajustar por depreciaciones, amortizaciones y provisiones mensuales.	Contador.	Realizar los ajustes correspondientes a depreciaciones, amortizaciones y provisiones mensuales.	Comprobante de Contabilidad.		
4	Elaboración de conciliación bancaria.	Contador.	Realizar y registrar mensualmente las conciliaciones bancarias.	Conciliación bancaria y comprobante de contabilidad.		
5	Verificar en el sistema la consistencia de los códigos contables, las transacciones financieras y la corrección de errores.	Contador.	Verificar en el sistema la consistencia de los códigos contables, la totalidad de los registros de las transacciones financieras y la corrección de errores.	Revisión en el sistema de todos los códigos contables.		
6	Imprimir y firmar los estados financieros.	Contador.	Imprimir y firmar los estados financieros.	Estados financieros impresos.		
7	Enviar copia de los estados financieros al Subdirector.	Contador.	Enviar copia de los estados financieros firmados al Subdirector Administrativo y Financiero para la revisión.	Oficio de envío.		
8	Revisar y analizar los estados financieros por el Subdirector Administrativo y Financiero.	Subdirector Administrativo y Financiero y Contador.	Revisar y analizar los estados financieros conjuntamente entre el Subdirector Administrativo y Financiero, revisor fiscal y el Contador para remitir a firma del Gerente.	Estados Financieros revisados.		
9	Remitir al Gerente los estados financieros para revisión y firma.	Contador.	Remitir los estados financieros revisados y firmados por el revisor fiscal y el contador, al Gerente para su revisión y firma.	Oficio de envío de los Estados Financieros revisados y firmados por el profesional.		
10	Revisión y firma de los estados financieros por el Gerente y Revisor Fiscal.	Gerente.	Revisión y firma de los estados financieros por el Gerente y Revisor Fiscal.	Estados Financieros.		
11	Remitir los estados financieros a Contabilidad.	Secretaria.	Remitir a Contabilidad los estados financieros firmados por el Gerente.	Estados Financieros firmados por Gerencia.		
12	Presentar la información financiera a los entes de control en las fechas especificadas.	Contador.	Luego de terminar de consolidar la información financiera, esta es enviada a los diferentes entes de control que la requieran.	Reportes a entes de control.	CHIP, Aplicativo plataforma 2193.	
13	Archivar la documentación generada.	Contador.	Archivar los estados financieros firmados para consultas y/o envío de copia a los entes de control y publicación de la página web de la institución.	Estados Financieros revisados y firmados.		

OBSERVACIONES	Administración del Riesgo: Perdida de información contable y de gestión, Falta de registros en libros de notas bancarias y consignaciones, Entrega de los Informes fuera de los términos de ley a los organismos internos o externos que solicitan información.		
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre: KETTY HERRERA MESTRA. Cargo: Contador.</p>	<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.</p>	<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.</p>	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Definición de operaciones en efectivo.				SP-LF-01	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ, con el fin de establecer los montos máximos de manejo de las operaciones en efectivo con clientes, proveedores, contratistas, funcionarios y usuarios vinculados.					
RESPONSABLE	Oficial de Cumplimiento, Jefe Financiero, Profesionales de Tesorería y Cartera.					
ENTRADAS	Usuario,					
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Ingreso del usuario.	Aux de Enfermería.	Para los casos donde el usuario pretenda facturar el servicio de salud con dinero en efectivo, antes de darle ingreso a este, se debe consultar su documento de identificación en las listas restrictivas, cotejando número de la cedula de ciudadanía y nombre completo.	Documento de identidad de Usuario.		
2	Facturación del valor de los servicios.	Usuario.	Una vez generado el documento que contempla el valor de los servicios de salud que va a recibir se le indica al usuario que debe realizar la respectiva consignación en el punto establecido por la Institución.	Soporte de consignación.		
3	Verificación pago del valor de los servicios.	Tesorero general.	Realizar el registro del pago del usuario, una vez se recibe del usuario el soporte de la consignación en caja.	Documento de registro del pago por parte de la ESE VIDA SINÚ.		
OBSERVACIONES						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Detección de operaciones inusuales.				SP-LF-02	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para detectar operaciones inusuales por parte de sus cliente, proveedores, clientes particulares, contratistas, funcionarios, usuarios vinculados y personas PEP's, cuando dichos eventos permitan colegir que están relacionadas con Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.					
RESPONSABLE	Oficial de Cumplimiento, Líderes de procesos y Áreas funcionales propensas a actividades de LA/FT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Capacitación personal.	Áreas funcionales responsables.	Capacitar a todo el personal en el manejo de las herramientas y formatos que tiene SARLAFT, con el fin de que interioricen su estructura, componentes, etapas, elementos y políticas para que puedan desarrollar sus informes de operaciones inusuales al Oficial de cumplimiento.	Informe de operaciones inusuales.		
2	Utilización de herramientas que permitan Identificar operaciones inusuales.	Responsables de las áreas funcionales involucradas, Oficial de cumplimiento y sistemas de información.	La Institución debe bajar la información relacionadas con clientes, usuarios, proveedores y contratistas de sus sistemas que soportan la operación y llevarlas a hojas electrónicas que permitan su análisis comparando los comportamientos de éstos con el Hospital y con las condiciones del mercado.	Herramienta de Excel para hacer los análisis comparativos.		
3	Utilización de herramientas que permitan Identificar operaciones inusuales.	Responsables de las áreas involucradas, Oficial de cumplimiento y sistemas de información.	Las herramientas deberán permitir analizar las circunstancias específicas de la naturaleza del Hospital, asimismo teniendo en cuenta sus características particulares, tamaño, ubicación geográfica, las diversas clases de servicios que ofrece, los tipos de clientes o cualquier otro criterio que a su juicio resulte adecuado para controlar el riesgo de LA/FT.	Herramienta de Excel para hacer los análisis comparativos.		
4	Utilización de formatos.	Áreas funcionales responsables.	Cuando se presenten situaciones que permitan definir que se está al frente de una operación inusual, se deben utilizar los siguientes formatos: FT-SARLAFT-12 Formato Reporte de operaciones inusuales y FT-SARLAFT-19 Formato de acta para consignar temas discutidos sobre una operación inusual donde conste los temas de discusión y las conclusiones obtenidas de la reunión.	Formatos FT-SARLAFT-12 y FT-SARLAFT-19 diligenciados.		
5	Análisis preliminar si es operación sospechosa.	Oficial de cumplimiento.	Con base en el acta, realizar las indagaciones necesarias para determinar si la situación informada se configura como una operación sospechosa.	Documentos soportes de la investigación.		
6	Determinación operación sospechosa.	Oficial de Cumplimiento.	Si las indagaciones preliminares permiten colegir que la operación informada puede catalogarse como una operación sospechosa, se deberá reportar dicho evento a la UIAF.	Documentos que contemplan la operación sospechosa a reportar.		
7	Monitoreo permanente.	Todas las áreas involucradas con el manejo de	Todo el personal de la Institución que esté directamente relacionado con el manejo de clientes, proveedores, usuarios vinculados, funcionarios y PEP's debe realizar monitoreo	Acta de informe de operaciones inusuales.		

		actividades propensas a riesgo de LAFT.	permanente a las señales de alerta, referenciadas en el numeral 6. CONDICIONES GENERALES, de este documento.		
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO		Determinación de operaciones sospechosas.				SP-LF-03	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ, para detectar operaciones sospechosas partiendo de la base de informes internos de operaciones inusuales relacionadas con LA/FT, del comportamiento de sus clientes corporativos, proveedores, usuarios vinculados, PEP's, y funcionarios o por detección directa del entorno, de tal manera que permitan determinar que dichas actividades POSIBLEMENTE están relacionadas con Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.						
RESPONSABLE	Oficina de Oficial de cumplimiento.						
ENTRADAS							
PROVEEDORES							
SALIDAS							
CLIENTE							
DETECCIÓN DE OPERACIONES SOSPECHOSAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PRODUCTOS, SERVICIOS, CLIENTES CORPORATIVOS Y PROVEEDORES							
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Reporte información sospechosa.	Todas las áreas.	Entregar al Oficial de Cumplimiento toda la información de una actividad inusual que por sus características y frecuencia tenga el perfil de ser catalogada como SOSPECHOSA.	FT-SARLAFT-19 Formato acta de determinación de operaciones inusuales.			
2	Registro información sospechosa.	Oficial de Cumplimiento.	Registrar la información en el FT-SARLAFT-18 Formato acta de determinación de operaciones sospechosas.	Acta de determinación de operación sospechosa.			
3	Cotejo de información.	Oficial de Cumplimiento.	Actuar con la debida prudencia y diligencia a fin que todo el cotejo de información sea muy objetiva.	FT-SARLAFT-07 Formato Interno ROS preliminar.			
4	Determinación de operación sospechosa.	Oficial de Cumplimiento.	Analizar, revisar y documentarse suficientemente sobre la operación, identificando los aspectos más relevantes sobre la operación en estudio. En reunión con la Gerencia, el área impactada y el Oficial de Cumplimiento, se deberá dejar el estructurada el acta y debidamente firmada por las partes. La responsabilidad de determinar que los informes presentados por los funcionarios, respecto de una operación inusual que puede ser catalogada como sospechosa se encuentra facultada únicamente para el Oficial de Cumplimiento.	FT-SARLAFT-18 acta de determinación de operaciones sospechosas.			
5	Registro de operación sospechosa.	Oficial de Cumplimiento.	Realizar el registro de la operación sospechosa, una vez esté plenamente ubicada la situación como de carácter sospechosa, en FT-SARLAFT-07 Formato Interno ROS.	FT-SARLAFT-07 Formato Interno ROS definitivo.			
6	Reporte a la Gerencia.	Oficial de Cumplimiento.	Reportar de manera oficial a la Gerencia para que conozca de la situación y avale el concepto.				
7	Reporte de ROS positivo.	Oficial de Cumplimiento.	Aplicar el procedimiento para reporte de ROS positivo.	Reporte en línea SIREL.			
8	Informe de gerencia.	Oficial de Cumplimiento.	Informar oficialmente a la gerencia y a la Junta Directiva trimestralmente de los reportes a la UIAF, relacionados con el ROS.	Informe trimestral de SARLAFT.			
9	Informe de Junta Directiva.	Oficial de Cumplimiento.	Informar a la Junta Directiva en su informe anual sobre los reportes de las operaciones sospechosas.	Informe trimestral a Junta Directiva.			

DETECCIÓN DE OPERACIONES SOSPECHOSAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ENTORNO Y JURISDICCIÓN DONDE DESARROLLA SUS OPERACIONES Y ACTIVIDAD MISIONAL Y COMERCIAL					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS
1	Jornada de capacitación.	Oficial de Cumplimiento.	Capacitar a todos los funcionarios de la ESE VIDA SINÚ en todos los conceptos de Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.	Manual SARLFAT.	
2	Jornada de socialización de los diferentes formatos y procedimientos.	Oficial de Cumplimiento.	Enseñar a todos los funcionarios para que aprendan a manejar los formatos de reporte de operaciones sospechosas.	Diferentes Formatos SARLAFT.	
3	Proceso de monitoreo.	Oficial de Cumplimiento.	Revisar permanentemente las siguientes señales de alerta: - Señales de alerta con clientes y/o contrapartes. - Señales de alerta con proveedores. - Señales de alerta frente a las PEP "S". - Señales de alerta con empleados.	FT-SARLAFT-22 Formato base de datos alertas.	
4	Informe de los funcionarios al Oficial de Cumplimiento.	Áreas Responsables de SARLAFT.	Informar al Oficial de Cumplimiento cuando se detecte por parte de algún funcionario las señales de alerta, en el formato FT-SARLAFT-12 Formato Reporte operaciones inusuales.	FT-SARLAFT-12 Formato Reporte operaciones inusuales.	
5	Cotejo de la información.	Oficial de Cumplimiento.	Recopilar y analizar la información existente, y determinar si la actividad reportada cabe dentro del rango de operación sospechosa.	FT-SARLAFT-07 Formato Interno ROS preliminar.	
6	Determinación de operación sospechosa.	Oficial de cumplimiento.	Citar a la gerencia y al área involucrada e impactada con el hallazgo a la reunión respectiva de la cual se dejará acta debidamente firmada.	FT-SARLAFT-18 Formato acta de determinación de operaciones sospechosas.	
7	Reporte de ROS positivo.	Oficial de cumplimiento.	Reportar a la UIAF en el formato FT-SARLAFT-18 Formato Acta de determinación de operaciones sospechosas.	Reporte en línea SIREL.	
8	Reporte a Junta Directiva.	Oficial de Cumplimiento.	Informar a la Junta Directiva sobre el hallazgo reportado a la UIAF. El Oficial de Cumplimiento no puede dejar de reportar un hallazgo a la UIAF, so pena de incurrir en el incumplimiento de las normas laborales, administrativas y penales.	Reporte trimestral a Junta Directiva.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Reporte de operaciones sospechosas.				SP-LF-04	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ a través del Oficial de cumplimiento para realizar de manera oportuna y efectiva los reportes de Operaciones Sospechosas a la UIAF por el sistema SIREL (Reporte en línea) que estén relacionadas con Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo - FT.					
RESPONSABLE	Oficial de Cumplimiento.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Registro elementos.	Oficial de cumplimiento.	Registrar todos los elementos constitutivos de soportes de la operación sospechosa identificada.	Informe previo de ROS.		
2	Realización reporte.	Oficial de cumplimiento.	Efectuar el reporte ROS positivo, una vez se esté convencido que los resultados analizados tienen todos los elementos de una operación sospechosa.	Documentos que soportan la investigación realizada.		
3	Diligenciamiento formato.	Oficial de cumplimiento.	Diligenciar el FT-SARLAFT-07 Formato Interno ROS, para determinar que posee la información requerida para el reporte efectivo.	FT-SARLAFT-07 diligenciado.		
4	Ingreso información software.	Oficial de cumplimiento.	Ingresar la información en el Software diseñado para tal fin por la UIAF. REPORTE EN LINEA SIREL.	Certificación UIAF del reporte realizado.		
5	Selección ROS POSITIVO.	Oficial de cumplimiento.	Desde la página de la UIAF, seleccionar el ícono "Registrar ROS en línea" y posteriormente el ícono "ROS POSITIVO".	Soporte del reporte realizado entregado por la plataforma de la UIAF.		
OBSERVACIONES						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL		
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP		
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN	
SUBPROCEDIMIENTO		Establecimiento de relaciones con PEPS.				SP-LF-05	2	
OBJETIVO	Conocer, identificar y garantizar la idoneidad y transparencia de la totalidad de las PEP´s, evitando que la Institución sea utilizada por éstos para el lavado de activos y la financiación del terrorismo y/o actos de corrupción.							
RESPONSABLE	Gerente, Asesora jurídica y Oficial de cumplimiento.							
ENTRADAS								
PROVEEDORES								
SALIDAS								
CLIENTE								
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS			
1	Notificación nueva relación comercial o contractual.	Gerencia y/o la unidad de contratación.	Informar al Oficial de Cumplimiento sobre la nueva relación comercial o contractual y/o interadministrativa.	Informe de verificación en listas restrictivas.				
2	Proceso de verificación.	Oficina asesora jurídica.	Verificar en las listas restrictivas y si la coincidencia muestra que es una PEP´s, actuar como se registra en este procedimiento, concordante con el Decreto 1674 de 2016.	Informe de verificación en listas restrictivas.				
3	Solicitud de información.	Oficina asesora jurídica.	Solicitar al proveedor y/o cliente que diligencie el FT-SARLAFT-10 Formato Conocimiento de clientes y proveedores, según sea cliente o proveedor, o convenios interadministrativos.	FT-SARLAFT-10 diligenciado en letra imprenta.				
4	Establecimiento base de datos.	Oficial de cumplimiento.	Establecer base de datos de todas las PEP´s a fin de establecer estrictos controles para el desarrollo de los actos comerciales, contractuales y/o interadministrativos que el Hospital realice con estas personas.	Base de datos.				
5	Autorización para contratar.	Oficina asesora jurídica.	Exigir a cada PEP´s la debida autorización para contratar, expedida por respectivo órgano competente cuando comprometa recursos del Estado.	Acto administrativo del nombramiento y posesión.				
6	Solicitud permiso y aprobación.	Nivel superior de la PEP´s.	Solicitar permiso y aprobación para la negociación por la instancia superior al ordenador del gasto, cuando la ESE VIDA SINÚ realice o adelante convenios con PEP's, Para el caso en que los servicios a contratar por la PEP´s sean para su beneficio personal, no requiere de la autorización.	Autorización para contratar.				
7	Origen de recursos.	Área Generadora de la relación con las PEP´s.	Verificar y asegurar el origen LICITO de los recursos utilizados por las PEP´s.	FT-SARLAFT-08 diligenciado.				
8	Actualización información.	Área responsable de la relación con las PEP´s.	Actualizar anualmente la información de las bases de datos de las PEP´s, consultando las listas restrictivas vinculantes y adicionalmente la información personal y laboral.	FT-SARLAFT-10 diligenciado en cada vigencia de actualización.				
OBSERVACIONES								

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Consulta a listas restrictivas.				SP-LF-06	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ, con el fin de asegurar que se adopten todas las acciones de debida diligencia para que la consulta en las listas restrictivas se realice con eficacia y oportunidad.					
RESPONSABLE	Líderes de procesos, Oficial de cumplimiento y Áreas propensas a riesgo de LAFT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Verificación de personas naturales o jurídicas vinculadas con la ESE VIDA SINÚ actualmente.	Interventores de contratación y oficina asesora jurídica.	Verificar en la lista Clinton y la de las Naciones Unidas, Interpol, Sijin, Polinal, etc a los funcionarios, clientes, proveedores y terceros actuales.	Informe de la verificación.		
2	Verificación previa.	Áreas responsables por donde llega un usuario a recibir un servicio.	Verificar en la lista Clinton y la de las Naciones Unidas y otras que la Institución considere pertinentes, a todo funcionario nuevo, cliente potencial o nuevo proveedor antes de iniciar una relación con ellos. A los usuarios se les debe consultar antes de iniciar o durante la prestación del servicio solicitado.	Informe de verificación.		
3	Actualización anual.	Oficina asesora jurídica.	Actualizar anualmente la consulta en las listas restrictivas vinculantes para Colombia de los funcionarios, clientes y proveedores que en ese momento tengan relación permanente con la Institución.	Informe de verificación.		
4	Solicitud de consulta.	Interventores de contratación y oficina asesora jurídica.	Solicitar la consulta a terceros especializados y autorizados o realizarla directamente por parte de Institución.	Informe de verificación.		
5	Soporte consulta.	Interventores de contratación y oficina asesora jurídica.	Dejar el registro y trazabilidad de cada consulta en los archivos destinados para gestionar la prevención y el Control de LAFT.	Informe de verificación.		
6	Verificación de resultados y toma de decisiones.	Oficial de cumplimiento y Gerencia.	Si se llegase a presentar que un funcionario, cliente o proveedor se encuentra en listas restrictivas, informar inmediatamente a la Gerencia para que den por terminadas todas las relaciones laborales, contractuales con clientes o comerciales con los proveedores, una vez analizada la situación en particular. Asimismo informar a la UIAF de la situación como una operación sospechosa.	Informe de verificación.		
OBSERVACIONES						

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Gestión documental de LA-FT.				SP-LF-07	2
OBJETIVO	Asegurar que la ESE VIDA SINÚ adopte todas las acciones de debida diligencia para que la gestión documental de toda la información de LA/FT se conserve de acuerdo con parámetros que permitan su disponibilidad y consulta tanto para el Hospital como para las autoridades competentes que lo requieran.					
RESPONSABLE	Oficial de cumplimiento y Líderes de procesos propensos a LA-FT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
CONSERVACIÓN DE ARCHIVOS FÍSICOS						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Disposición espacio físico archivo general.	Oficial de Cumplimiento.	Disponer de un espacio físico en el archivo general de la Institución y denominarlo: "Instrumentos de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo".	Documento referencia donde se encuentra el archivo.		
2	Disposición espacio físico archivo correspondencia recibida.	Oficial de Cumplimiento.	Disponer de un espacio para archivar la correspondencia recibida y en este archivo definir espacio para: <ul style="list-style-type: none"> - Correspondencia recibida de la SUPERSALUD. - Correspondencia recibida de la UIAF. - Correspondencia recibida de CLIENTES relacionada con LA/FT. - Correspondencia recibida de proveedores relacionada con LA/FT. 	Documento referencia donde se encuentra el archivo.		
3	Disposición espacio físico archivo correspondencia despachada.	Oficial de cumplimiento.	Disponer de un espacio físico para correspondencia despachada y en éste definir espacio para: <ul style="list-style-type: none"> - Correspondencia despachada para la SUPERSALUD. - Correspondencia despachada para la UIAF. - Correspondencia despachada para los CLIENTES. - Correspondencia despachada para los proveedores. 	Documento referencia donde se encuentra copia del archivo despachado.		
4	Disposición espacio físico archivo reservado.	Oficial de cumplimiento.	Disponer un espacio físico especial para los reportes internos de operaciones intentadas, inusuales y sospechosas, conservando su carácter reservado.	Documento que relaciona donde se encuentra el archivo respectivo.		
5	Disposición espacio físico para la certificación de envío de ROS y Reportes objetivos a la UIAF.	Oficial de cumplimiento.	Disponer de un espacio físico muy especial para el reporte de informes recibidos que entrega el sistema de reporte en línea SIREL de la UIAF.	Documento que relaciona donde se encuentra el archivo respectivo.		
6	Proceso de archivo en general.	Oficial de cumplimiento.	Una vez identificada y analizada una operación inusual y/o sospechosa, conservar los soportes físicos que dieron lugar a calificarla en una u otra categoría, deben tener el respectivo nivel de seguridad de forma tal que se permita su consulta sólo por quienes estén autorizados y debe contar con los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la misma. Esto con el fin de que cuando sean solicitados, puedan ser remitidos de forma oportuna, clara y eficiente a la UIAF o a las entidades judiciales.	Soportes de operaciones sospechosas.		


7	Conservación archivos físicos.	Oficial de Cumplimiento.	Los archivos deben ser conservados mínimo por cinco (5) años o de acuerdo con las normas vigentes y aplicables a la Institución. Este archivo será del absoluto manejo del Oficial de Cumplimiento y será responsable por su seguridad y conservación. Los soportes y la verificación de conocimiento de clientes, usuarios y proveedores, funcionarios implican recaudar y conservar información que permita su identificación por lo menos cinco (5) años.	Política de manejo del archivo SARLAFT.	
CONSERVACIÓN DE ARCHIVOS ELECTRÓNICOS					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS
1	Crear carpeta en el servidor.	Oficial de Cumplimiento.	Crear una carpeta en el Servidor de la ESE VIDA SINÚ con el nombre de: "Instrumentos de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo".		
2	Crear subcarpetas.	Oficial de Cumplimiento.	Abrir subcarpetas para: <ul style="list-style-type: none"> - SARLAFT: Estarán el manual, las políticas, los procedimientos, los instrumentos, los formatos y las herramientas que soportan todo el sistema. - CERTIFICACIÓN DE REPORTE ENVIADOS A UIAF: En esta carpeta se registrarán en subcarpetas para los años 2017 a 2021 y en cada vigencia se registra la evidencia de los reportes ROS enviados tanto negativos como positivos. - CONSULTAS LISTAS RESTRICTIVAS: En esta carpeta se guardarán los archivos de cada periodo anual cuando se monitorean los funcionarios, los clientes y los proveedores, los usuarios vinculados. - NORMAS CONCORDANTES: En esta carpeta se instalarán todos los archivos electrónicos de las normas que son relacionadas con LA/FT para empresas del sector salud. - BASE DE DATOS DE PEP's: En esta carpeta se registrará la información relacionada con estos clientes o proveedores. - Otras. Este archivo será del absoluto manejo del Empleado de cumplimiento y éste será responsable por su seguridad y conservación.		
3	Conservación archivos electrónicos.	Oficial de cumplimiento.	Conservar los archivos electrónicos de acuerdo con las normas vigentes y aplicables a la ESE VIDA SINÚ. Los soportes y la verificación de conocimiento de clientes, usuarios y proveedores implican recaudar y conservar información que permita su identificación por lo menos cinco (5) años.	Relación de donde están ubicados los archivos.	
OBSERVACIONES					

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Conocimiento, selección y vinculación de nuevos clientes.				SP-LF-08	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para conocer y validar cuáles son las actividades principales e información valiosa de los clientes actuales y futuros que permita determinar que se trata de una persona o empresa con buenas prácticas empresariales, este procedimiento es la génesis del proceso que permitirá evitar el Lavado de Activos-LA y la Financiación del Terrorismo-FT.					
RESPONSABLE	Oficina asesora de contratación, Oficial de cumplimiento.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Comunicación con el cliente corporativo.	Oficina Asesora Jurídica.	Realizar acercamientos con los nuevos clientes personas jurídicas y personas naturales, a fin de solicitar el diligenciamiento del FT-SARLAFT-10 Formato Estudio de actuales y nuevos clientes El formato de vinculación de clientes persona jurídica o persona natural debe ser diligenciado por éstos a mano en LETRA IMPRENTA.	FT-SARLAFT-10 diligenciado.		
2	Análisis y verificación de la información.	Oficina Oficial de Cumplimiento.	Verificar la información entregada por el cliente y dejar constancia de la consulta.	FT-SARLAFT-10 firmado por quien verificó la información.		
3	Verificación de Antecedentes.	Funcionario responsable de la verificación de la información de clientes.	Realizar consulta del nuevo prospecto de cliente (Representante legal, Razón Social y miembros de Juntas Directivas) en las listas restrictivas y vinculantes para Colombia. Como mínimo esta información deberá consultarse en la lista Clinton-OFAC y la de Naciones Unidas, Interpol, Polinal, Procuraduría, Contraloría y otras que la ESE VIDA SINÚ determine consultar. Si el resultado es positivo, no se prosigue con el proceso y debe informarse como una operación sospechosa a la UIAF. Si el cliente no es aprobado después de desarrollar el análisis del cliente, el Gerente o el Oficial de cumplimiento se reservan el derecho de hacer cualquier comentario al prospecto de cliente.	Soporte oficial de consulta a listas restrictivas.		
4	Solicitud y análisis de documentación.	Funcionario responsable de la verificación de la información de clientes.	Solicitar la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> - Diligenciar y firmar formato de creación de clientes (FT-SARLAFT-10). - RUT. - Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del representante legal. - Certificado de cámara de comercio con vigencia de mínimo 30 días de vigencia a la fecha de entrega de información. - Estados financieros (balance general y estado de pérdidas y ganancias). - Declaración de renta año inmediatamente anterior al que se realiza la inscripción. 	Documentación solicitada anexa al formato de conocimiento de clientes.		

5	Custodia de documentos.	Oficial de cumplimiento.	Conservar mínimo por 5 años el resultado de las consultas y los soportes de la verificación como también la información suministrada por el cliente, de acuerdo con el PR-SARLAFT-8F: Procedimiento para la gestión documental de los archivos de LA/FT.	Documentos soportes del proceso de conocimiento del cliente.	
6	Control, seguimiento y actualización de clientes.	Funcionario responsable de la verificación de la información de clientes.	Realizar mínimo una vez al año: - Solicitud de actualización de la información del cliente (Adjuntar certificaciones de acuerdo al PR-SARLAFT-8F: Procedimiento para gestión documental de los archivos LA-FT). - El formato de vinculación de clientes persona jurídica o persona natural debe ser diligenciado por éstos a mano en LETRA IMPRENTA.	Formato de actualización de información y anexos solicitados.	
7	Documentación de base de datos.	Oficina Asesora Jurídica y Oficial de cumplimiento.	El conocimiento de los clientes corporativos debe permitir a la ESE VIDA SINÚ elaborar una base de datos de alertas tempranas actuales o futuras que pueda ser utilizada para apoyar la detección de operaciones inusuales y/o sospechosas con clientes corporativos.	FT-SARLAFT-22 diligenciado.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Conocimiento, selección y vinculación de empleados.				SP-LF-09	2
OBJETIVO	Garantizar que la ESE VIDA SINÚ cuente con el personal idóneo y competente para la prestación de sus servicios, para prevenir y evitar el riesgo del Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.					
RESPONSABLE	Oficina asesora jurídica, Oficina de talento humano y Oficial de cumplimiento.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Requerimientos de personal.	Líder del proceso de Gestión Talento Humano.	Antes iniciar el proceso de contratación de un funcionario, consultar su nombre y cedula de ciudadanía en las listas restrictivas vinculantes para Colombia. Si resulta positiva la consulta a las listas restrictivas abortar el proceso de contratación.	Documento de verificación en listas restrictivas.		
2	Verificación de Antecedentes de funcionarios.	Líder del proceso de Gestión Talento Humano.	Antes de ingresar un funcionario a la Institución, verificar los antecedentes penales en los siguientes entes gubernamentales: SIJIN, CTI, e Inteligencia Militar. Si no hay ningún antecedente se procede con el proceso de inducción.	Documento que verifica antecedentes penales del aspirante y/o funcionario actual.		
3	Renovación de documentos hoja de vida.	Líder del proceso de Gestión Talento Humano.	Actualizar cada año la información del personal y registrar en su hoja de vida los hallazgos encontrados.	Documento que certifica idoneidad y/o rechazo.		
4	Verificación listas restrictivas.	Líder del proceso de Gestión Talento Humano.	Anualmente Verificar los antecedentes de los funcionarios en las listas de Naciones Unidas y OFAC y todas aquellas que la Institución cuente para dicho efecto.	Documento que certifica que no está relacionado en las listas restrictivas vinculantes.		
5	Inducción personal.	El Oficial de Cumplimiento y el líder de Proceso de Gestión Talento Humano.	Realizar inducción al nuevo funcionario acerca de la Institución, las funciones correspondientes a su cargo, y entrega del Manual SARLAFT y el Reglamento Interno de Trabajo dejando constancia en el FT-SARLAFT-03 Formato inducción SARLAFT.	FT-SARLAFT-03 diligenciado.		
OBSERVACIONES						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
		PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO		Conocimiento, selección y vinculación de nuevos proveedores.				SP-LF-10	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para conocer y validar cuáles son las actividades principales e información valiosa de los PROVEEDORES DE BIENES, SERVICIOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARIOS actuales y futuros que permita determinar que se trata de una persona o empresa con buenas prácticas empresariales, este procedimiento es la génesis del proceso que permitirá evitar a futuro el Lavado de Activos-LA y la Financiación del Terrorismo-FT. Así mismo se deberá conocer la procedencia de los recursos en dinero o en especie y de los recursos financieros con los que apalanca su negocio.						
RESPONSABLE	Oficina asesora de contratación, Oficial de cumplimiento y Funcionario responsable de verificar la información.						
ENTRADAS							
PROVEEDORES							
SALIDAS							
CLIENTE							
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Comunicación con el proveedor y/o contratista.	Oficina Asesora Jurídica.	Realizar acercamientos con los nuevos proveedores y/o contratistas personas jurídicas y personas naturales, a fin de solicitarles la diligencia del FT-SARLAFT-10 Formato Vinculación de proveedor y/o contratista El formato de vinculación de proveedor y/o contratista persona jurídica o persona natural debe ser diligenciado por éstos a mano en LETRA IMPRENTA.	FT-SARLAFT-10 diligenciado.			
2	Análisis y verificación de la información.	Oficina Oficial de Cumplimiento.	Verificar la información entregada por el proveedor y/o contratista, se debe dejar constancia de dicha actividad.	Formato FT- SARLAFT-10 firmado por quien verificó la información.			
3	Verificación de Antecedentes.	Funcionario responsable de la verificación de la información de proveedor y/o contratista.	Realizar consulta del nuevo prospecto de proveedor y/o contratista (Representante legal y Razón Social y miembros de la Junta Directiva) en las listas restrictivas vinculantes para Colombia. Como mínimo esta información deberá consultarse en la lista Clinton-OFAC y la de Naciones Unidas, Interpol, Polinal, Procuraduría, Contraloría y otras que el Hospital determine consultar. Si el resultado es positivo, no se prosigue con el proceso y deberá informarse como una operación sospechosa a la UIAF. Si el proveedor y/o contratista no es aprobado después de desarrollar el análisis del proveedor y/o contratista, el Gerente o el Oficial de cumplimiento se reservan el derecho de hacer cualquier comentario al prospecto de proveedor y/o contratista.	Soporte oficial de consulta a listas restrictivas.			
4	Solicitud y análisis de documentación.	Funcionario responsable de la verificación de la información de proveedores y/o contratistas.	Solicitar la siguiente documentación: - Diligenciar y firmar formato de creación de proveedor y/o contratista (FT-SARLAFT-10). - RUT. - Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del representante legal. - Certificado de cámara de comercio con vigencia de mínimo 30 días de vigencia a la fecha de entrega de información. - Estados financieros (balance general y estado de	Documentación solicitada anexa al formato de conocimiento de proveedor y/o contratista.			


			pérdidas y ganancias). - Declaración de renta año inmediatamente anterior al que se realiza la inscripción.		
5	Custodia de documentos.	Oficial de cumplimiento.	Conservar mínimo por 5 años el resultado de las consultas y los soportes de la verificación como también la información suministrada por el proveedor y/o contratista; de acuerdo con el PR-SARLAFT-8F: Procedimiento para la gestión documental de los archivos de LA/FT.	Documentos soportes del proceso de conocimiento del proveedor y/o contratista.	
6	Control, seguimiento y actualización de proveedor y/o contratista.	Funcionario responsable de la verificación de la información de proveedor y/o contratista. Oficial de cumplimiento.	Realizar mínimo una vez al año: - Solicitud de actualización de la información del proveedor y/o contratista (Adjuntar certificaciones de acuerdo al PR-SARLAFT-8F: Procedimiento para gestión documental de los archivos LA-FT). - El formato de vinculación de proveedor y/o contratista persona jurídica o persona natural debe ser diligenciado por éstos a mano en LETRA IMPRENTA.	Formato de actualización de información y anexos solicitados.	
7	Documentación de base de datos.	Oficina Asesora Jurídica y Oficial de cumplimiento.	El conocimiento de los proveedores y/o contratistas debe permitir a la ESE VIDA SINÚ elaborar una base de datos de alertas tempranas actuales o futuras que pueda ser utilizada para apoyar la detección de operaciones inusuales y/o sospechosas con proveedores y/o contratistas.	FT-SARLAFT-22 diligenciado.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Identificación y segmentación de factores de riesgo.				SP-LF-11	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para el proceso de identificación y segmentación de Factores de Riesgo de Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT de manera objetiva y pertinente.					
RESPONSABLE	Oficial de cumplimiento, Líderes de procesos involucrados y Comité de expertos SARLAFT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Inicio del Proceso de segmentación.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	Utilizar como documento base para iniciar la segmentación de factores de riesgo la matriz de segmentación (FT-SARLAFT-15).	Matriz de segmentación sin diligenciar.		
2	Actividad previa a la Segmentación propiamente dicha.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	Citar al comité de expertos e iniciar los talleres para segmentar los factores de riesgo. Cruzar los procesos más propensos al riesgo de LAFT (Fila inicial de la matriz de segmentación) VS las diferentes situaciones o fuentes de riesgo (Columna inicial de la matriz de riesgo).	Matriz de segmentación sin diligenciar.		
3	Diligenciar matriz de segmentación de riesgos.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	En un proceso de lluvia de ideas con el comité de expertos SARLAFT, definir los diferentes factores de riesgo hasta tener la matriz de segmentación diligenciada.	FT-SARLAFT-15 formato matriz segmentación factores riesgo.		
4	Apoyos para la segmentación.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	Apoyar el proceso de segmentación con la Matriz Anticorrupción de la ESE VIDA SINÚ.	Matriz Anticorrupción.		
5	Definición de las variables para análisis.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	A todos los factores de riesgo segmentados se le definen las diferentes variables que los identifican y se realizan las consultas en las bases de datos de ESE VIDA SINÚ.	Bases de datos de factores de riesgo.		
6	Análisis de operaciones inusuales.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	Con base en los segmentos de riesgo y sus variables de identificación definidas se definen los diferentes parámetros que determinan la normalidad de las operaciones en ESE VIDA SINÚ.	Bases de datos de factores de riesgo con parámetros definidos para la normalidad de las operaciones.		
7	Identificación de operaciones inusuales.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	Con los parámetros de normalidad operacional definidos se utilizan para compararlos con el comportamiento de los terceros con ESE VIDA SINÚ y de dicha comparación establecer las inusualidades y posibles operaciones sospechosas.	Herramienta utilizada por la Institución para la comparación de parámetros.		
8	Descripción de los factores de riesgo.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	El resultado de los talleres será el listado de factores de riesgo de LAFT, que se deben llevar a la matriz de descripción, realizar análisis y establecer controles.	Matriz de descripción debidamente diligenciada.		


9	Inicio del proceso de la etapa de cálculo y evaluación.	Oficial de Cumplimiento y Comité de expertos.	Entregar los factores de riesgos descritos al procedimiento de cálculo y evaluación de los riesgos inherentes y residuales.	Matriz de riesgo de LAFT, estructurada para iniciar el cálculo.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Evaluación y Medición del riesgo de LA-FT.				SP-LF-12	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para el proceso de evaluación y medición que permita de manera objetiva conocer el riesgo inherente, a fin de poder blindar la Institución de la materialización de los riesgos asociados al riesgo de Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.					
RESPONSABLE	Oficial de cumplimiento, Líderes de procesos involucrados y Comité de expertos SARLAFT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Conocimiento del FT-SARLAFT-20 Formato de Riesgo inherente y Residual.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos.	Con el comité de riesgos SARLAFT estudiar el manual del usuario y el FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual para contextualizar su contenido y alcance.	FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual Manual de usuario matriz riesgos inherente y residual.		
2	Aplicación matriz de riesgo inherente y riesgo residual.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos.	Tomar todos los factores de riesgo identificados en el PR-SARLAFT-15H Procedimiento Para la Identificación y Segmentación Factores de Riesgos de LAFT y para cada uno de ellos adelantar la aplicación de la matriz de riesgo inherente.	FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual.		
3	Desarrollo Talleres.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos.	Con el Comité de expertos SARLAFT desarrollar talleres para identificar las causas o fuentes generadoras de riesgos para cada uno de los factores de riesgo identificados.	Causas generadoras determinadas.		
4	Definir riesgos asociados al factor de riesgo.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos.	Para cada causa o fuente generadora de riesgo de cada factor de riesgo determine el impacto de los riesgos asociados si el riesgo llega a materializarse.	Riesgos asociados definidos.		
5	Cálculo Riesgo inherente.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos.	Calcular el riesgo inherente de cada factor de riesgo, calificando para cada causa o fuente generadora de riesgo la frecuencia de ocurrencia y el impacto del riesgo asociado si llega a materializarse. (Califique de acuerdo con el método australiano de administración del riesgo).	FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual - calculado.		
6	Cálculo Perfil del riesgo Inherente.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos.	Calcular el perfil de riesgo inherente para la ESE VIDA SINÚ, como el promedio de los riesgos inherentes de los factores de riesgo. (Cálculo que realiza el FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de riesgo inherente y residual de manera automática).	Mapa del perfil del riesgo Inherente de la ESE VIDA SINÚ.		
7	Medición eficacia de controles.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos	Con el perfil de riesgo inherente calculado para la ESE VIDA SINÚ, iniciar el proceso de establecimiento de los controles y su eficacia para mitigar los riesgos de LA/FT. Inicio del PR-SARLAFT-17H Procedimiento para asegurar la eficacia de los controles.	Mapa del perfil del riesgo Inherente de la ESE VIDA SINÚ como base del siguiente procedimiento.		
OBSERVACIONES						


ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años	Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Mejoramiento de la eficacia en controles.				SP-LF-13	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para el proceso de evaluación y medición que permita de manera objetiva conocer el riesgo residual, a fin de poder blindar a la Institución de los riesgos asociados al riesgo de Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.					
RESPONSABLE	Oficial de cumplimiento, Líderes de procesos involucrados y Comité de expertos SARLAFT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Actividad previa de aprestamiento al cálculo del riesgo residual.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Estudiar la matriz FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual. Comprender su contenido y la metodología del cálculo del riesgo inherente de la ESE VIDA SINÚ, tomando como referencia el manual del usuario de dicha herramienta.	FT-SARLAFT-20 diligenciado.		
2	Revisión consecuencias o efectos.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Con el comité de expertos SARLAFT para cada factor de riesgo, revisar las consecuencias o efectos potenciales asociados de cada una de las causas o fuentes generadoras de riesgos, establecidas en la matriz FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual.	Riesgos potenciales diseñados.		
3	Calificación frecuencia de ocurrencia e impacto cuando los controles están funcionando.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Asignar los efectos o riesgos asociados y calificar la frecuencia de ocurrencia y el impacto de acuerdo con el método de administración del riesgo australiano. La calificación de frecuencia e impacto se califica partiendo del supuesto que los controles existentes y los controles futuros están funcionando correctamente.	Matriz de riesgo residual calificada.		
4	Cálculo riesgo residual del factor riesgo.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Calcular el riesgo residual para cada factor de riesgo, de acuerdo con la metodología establecida en el manual del usuario de la herramienta FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual. (Lo realiza la herramienta de manera automática).	Riesgo Residual calculado.		
5	Cálculo riesgo residual Institucional.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Calcular el riesgo residual de la Institución como el promedio de los riesgos residuales de cada factor de riesgo. (Lo realiza la herramienta de manera automática).	Riesgo Residual de la institución calculado.		
6	Realización seguimiento y monitoreo.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Con el perfil de riesgo residual calculado, iniciar el proceso de realizar seguimiento y monitoreo.	Perfil de riesgo residual calculado.		
7	Análisis de factor de riesgo.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Revisar para cada factor de riesgo cómo se comporta éste y cómo se reducen las posibilidades de riesgo de LA/FT.	Documento de efectividad de los controles.		


8	Identificación.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Para todas las acciones de gestión del riesgo identificar formalmente responsables, plazos, formas de ejecución y reportes de avance.	Documento que permite el seguimiento y monitoreo.	
9	Valor del riesgo residual aceptable para la ESE VIDA SINU.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Se define como un riesgo residual aceptable entre los niveles de severidad equivalentes de 1 al 9.	Riesgo residual definitivo calculado.	
10	Aprobación de acciones.	Gerencia.	Aprobar las acciones de gestión del riesgo por la instancia organizacional dentro de la estructura de LA/FT.	Riesgo residual aprobado.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Seguimiento y monitoreo.			SP-LF-14	2	
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para el proceso que permita monitorear mediante seguimientos permanentes la manera cómo se comportan los factores de riesgo cuando se han aplicado los controles, evaluando los cambios y la evolución de los controles y de los perfiles de riesgo inherente y residual.					
RESPONSABLE	Oficial de cumplimiento, Líderes de procesos involucrados y Comité de expertos SARLAFT.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Actividad de aprestamiento para iniciar el procedimiento.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Estudiar con el Comité de expertos de SARLAFT el contenido de la Matriz FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual.			
2	Referenciación de la matriz de riesgo.	Oficial de cumplimiento.	Tomar la matriz de perfil de riesgo inherente y perfil de riesgo residual calculado con los procedimientos PR-SARLAFT-16H y PR- SARLAFT-17H, y guardar la matriz con el nombre FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual, ubicándola en la carpeta definida para tal fin.	Matriz de riesgos de la ESE VIDA SINÚ.		
3	Revisión factores de riesgo.	Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Revisar trimestralmente cada factor de riesgo analizando la efectividad de los controles y los efectos positivos esperados. Revisar y calificar nuevamente con el comité de expertos todo el contenido de la matriz: FT-SARLAFT-20 Formato Matriz de Riesgo Inherente y Residual.	Documento de auditoria trimestral.		
4	Efectividad de los controles.	Áreas funcionales responsables, Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Analizar el nuevo perfil de riesgo inherente y residual alcanzado. Con este documento los responsables de la Administración del Riesgo de LA/FT, determinan la manera como los controles están evitando que las causas o fuentes de los riesgos se materialicen en los riesgos asociados.	Documento de auditoria trimestral.		
5	Revisión casusas.	Áreas funcionales responsables, Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT.	Revisar qué causas o fuentes de generación de riesgos ya fueron controladas y elimínelas de la matriz de riesgo inherente y riesgo residual (FT-SARLAFT-20).	Documento de auditoria trimestral.		
6	Revisión controles.	Áreas funcionales, Oficial de cumplimiento y Comité de Expertos SARLAFT responsables.	Revisar los controles establecidos y si alguno de ellos ya no está vigente, eliminar de la matriz de riesgo inherente y riesgo residual. Analizar qué nuevos controles serán más funcionales para las nuevas condiciones de tiempo, modo y lugar de los riesgos de LA/FT.	Documento de auditoria trimestral.		
7	Generación reporte.	Oficial de cumplimiento.	Generar un reporte sobre los principales hallazgos encontrados tanto positivos como negativos e informe a través del oficial de cumplimiento a la Gerencia y Junta Directiva.	Reporte de hallazgos- Documento de auditoria trimestral.		

8	Seguimiento.	Oficial de cumplimiento.	Repetir esta actividad trimestralmente y gestionar los resultados para que de manera permanente se esté blindando a la Institución para evitar que sea utilizado para actividades de LA/FT.	Reporte de hallazgos.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GF	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	PROCEDIMIENTO	Código	PD-GF-25	Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.	CÓDIGO	VERSIÓN
SUBPROCEDIMIENTO	Requerimientos de información.				SP-LF-15	2
OBJETIVO	Diseñar las actividades que debe adelantar la ESE VIDA SINÚ para atender con eficacia todo requerimiento que le hagan las autoridades competentes relacionadas con Lavado de Activos-LA y Financiación del Terrorismo-FT.					
RESPONSABLE	Gerencia, Oficial de cumplimiento, Líder del proceso de gestión documental.					
ENTRADAS						
PROVEEDORES						
SALIDAS						
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción del requerimiento.	Responsables de gestión documental.	Recibir el requerimiento de cualquier autoridad competente.	Documento de registro y recepción.		
2	Registro del recibido.	Responsables de gestión documental.	Registrar el recibido de la comunicación del requerimiento, señalando la fecha de recepción.	Documento de registro y recepción.		
3	Evaluación del requerimiento.	Oficial de cumplimiento.	Evaluar, máximo dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de recepción, la solicitud y proceder a dar instrucciones al Oficial de Cumplimiento.			
4	Respuesta al requerimiento.	El Oficial de cumplimiento.	Dar respuesta al requerimiento, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, o en su defecto informar a la autoridad competente que se están adelantando las actividades necesarias para consolidar la información requerida y solicitar plazo adicional.	Documento respuesta al requerimiento.		
5	Discusión con otros funcionarios.	Oficial de cumplimiento.	Discutir con otros funcionarios del alto rango si el contenido de la respuesta al requerimiento lo amerita.			
6	Entrega respuesta requerimiento.		Una vez revisada la información si no existe corrección alguna, hacer la entregar de la respuesta del requerimiento a la Gerencia.	Documento respuesta al requerimiento definitivo.		
7	Envío de respuesta requerimiento.	Gestión documental.	Enviar respuesta del requerimiento por medio de un e-mail si así lo requieren o en medio físico a las direcciones correspondientes.	Documento de envío certificado.		
8	Documentación.	Oficial de Cumplimiento.	Dejar trazabilidad del documento elaborado y sus fuentes de consulta con copia en el sistema de documentación del SARLAFT.	Documentos soportes de la respuesta.		
9	Proceso de respuesta.	Oficial de cumplimiento.	Este proceso no deberá tardar más de 10 días hábiles o en el plazo determinado por la autoridad competentes.			
OBSERVACIONES						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad- 5 años		Disposición final: Archivo Histórico E.S.E. Vidasinú		

3.3.2. PROCESO GESTIÓN DE TIC:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO GESTIÓN DE TIC - CÓDIGO: PR - GT	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Garantizar el correcto funcionamiento de la tecnología informática en la E.S.E. Vidasinú, para asegurar la oportunidad, agilidad y veracidad en la información de la prestación del servicio de salud, permitiendo una rápida adaptación y capacidad de respuesta al cambio, toma de decisiones y mejoramiento continuo.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Diagnóstico de la plataforma tecnológica actual de la Empresa.
	TERMINA: Mantenimiento gradual de la plataforma tecnológica.


PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS	Solicitudes de asistencia y soporte técnico de hardware y software, Solicitudes de Mantenimiento preventivo y/o correctivo de hardware y software, análisis del estado de la plataforma tecnológica de la Empresa, Hoja de Vida de los equipos, Estudios previos, Solicitud de Copias de seguridad. Requerimientos de nuevas tecnologías.		Estudio de Adquisición de nuevas tecnologías, Adquisición de tecnologías, mantenimiento preventivo y correctivo de hardware, asistencias y soporte técnico de software y hardware, copias de seguridad, Informes a diferentes entes de control y a quien lo solicite. Adquisición, gestión y soporte de nuevos medios de comunicación.	USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.


PLANEAR	HACER
Planificar la adquisición de nuevas TIC.	Actualización tecnológica.
Identificación de necesidades y requerimientos de los grupos de interés.	Soporte y asistencia técnica a los clientes de TICs.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Mantenimiento de software y hardware.
Entrenamiento del personal, inducción, re inducción, educación continua.	Gestión del nivel de servicios de Tecnología e Información (TI) con terceros.
VERIFICAR	ACTUAR
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
Evaluar la disponibilidad de TIC para la continuidad de los servicios.	Mejoramiento Continuo.
Verificar el cumplimiento de la normatividad legal vigente.	

PROCEDIMIENTOS:		
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN
PD-GT-01	Gestión de hardware y software.	1.0
PD-GT-02	Gestión de redes y comunicaciones.	1.0
PD-GT-03	Gestión estadística.	1.0
PD-GT-04	Gestión de la seguridad informática.	1.0

PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Verificar que las tecnologías adquiridas cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas y requisitos mínimos de seguridad.</p> <p>Realizar un entrenamiento previo al uso a quienes van a usar las nuevas tecnologías. Brindar asistencia y/o soporte técnico al Usuario Final.</p> <p>Recibir los equipos reparados y verificar el buen estado de los mismos. Monitorizar la disponibilidad, funcionalidad y la continuidad de los servicios teniendo en cuenta los niveles de calidad de los servicios del proveedor, y gestionar los incidentes.</p> <p>Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Documental.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo;</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades;</p> <p>FINANCIEROS: Presupuesto para inversión en tecnologías y su mantenimiento;</p> <p>TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de Hardware y Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para el funcionamiento.</p>	<p>Documentos que soportan la ejecución del proceso como: Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.</p>
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, SOGCSS, Ley 1341 del 30 de julio de 2009, la cual define principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones, ISO/IEC 20000 - La serie ISO/IEC 20000 es el estándar reconocido internacionalmente en gestión de servicios de TI (Tecnologías de la Información), ISO/IEC 27001 - Estándar para la seguridad de la información.</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS 5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA 6.1. PROVISION DE RECURSOS 6.3. INFRAESTRUCTURA 7.4. ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS 7.5.5. PRESERVACIÓN DEL SERVICIO 7.6. CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION 8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA 8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICION 8.2.1. SATISFACCION DEL CLIENTE 8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS 8.4. ANALISIS DE DATOS 8.5. MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
I.PGDE.06	Porcentaje de avance en la adquisición de hardware y software.		
I.CSST.01	Porcentaje solicitudes de soporte técnico resueltas.		
I.CSST.02	Porcentaje de soporte técnico eficiente.		


I.PGGA.07	Número Mantenimiento preventivo y correctivo del Hardware y Software realizados.	
I.PGDE.05	Número de adquisición de licencias del software.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: NEDER JESUS GARCÍA RAMOS. Cargo: Profesional Universitario Sistemas de Información.	Nombre: LORENA YANETH MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y Financiera.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GT	GESTIÓN DE TIC	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Asistencia:	Atención, apoyo, asesoría y/o acompañamiento que se brinda en función de las actividades y conocimientos propios de un tema determinado.					
Gestión del nivel de servicios:	Es el conjunto de actividades de planificación, coordinación, establecimiento, monitoreo y reporte de los servicios de las TIC, para asegurar que la calidad del servicio requerido y los costos correspondientes son mantenidos y mejorados gradualmente.					
Hardware:	Corresponde a todas las partes tangibles de un sistema informático sus componentes son: eléctricos, electrónicos, electromecánicos y mecánicos. Sus cables, gabinetes o cajas, periféricos de todo tipo y cualquier otro elemento físico involucrado; contrariamente, el soporte lógico es intangible y es llamado software.					
Mantenimiento:	Conjunto de actividades encaminadas a garantizar la conservación del equipo de producción, para asegurar que éste se encuentre constantemente y por el mayor tiempo posible, en óptimas condiciones de confiabilidad y que sea seguro de operar.					
Mantenimiento Correctivo:	Se realiza después de un fallo o problema surge en un sistema o equipo, con el objetivo de restablecer la operatividad del sistema, hardware, software o de las tecnologías. En algunos casos, puede ser imposible de predecir o prevenir un fracaso, lo que hace el mantenimiento correctivo la única opción.					
Mantenimiento Preventivo:	El mantenimiento preventivo permite detectar fallos repetitivos, disminuir los puntos muertos por paradas, aumentar la vida útil de equipos, disminuir costos de reparaciones, detectar puntos débiles en la instalación entre una larga lista de ventajas.					
Actualización:	Es el proceso de revisión o reemplazo completo del software o hardware de la empresa.					
Software:	Se conoce como software al equipamiento lógico o soporte lógico de un sistema informático; comprende el conjunto de los componentes lógicos necesarios que hacen posible la realización de tareas específicas, en contraposición a los componentes físicos, que son llamados hardware.					
Soporte técnico:	El soporte técnico es un rango de servicios que proporcionan asistencia con el hardware o software de una computadora, o algún otro dispositivo electrónico o mecánico. En general los servicios de soporte técnico tratan de ayudar al usuario a resolver determinados problemas con algún producto en vez de entrenar o personalizar					
Tecnología:	La tecnología es un concepto amplio que abarca un conjunto de técnicas, conocimientos y procesos, que sirven para el diseño y construcción de objetos para satisfacer necesidades humanas. La tecnología es consecuencia de la ciencia y la ingeniería, aunque muchos avances tecnológicos sean posteriores a estos dos conceptos.					
TIC:	(Tecnologías de la Información y la Comunicación). A veces denominadas nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC) son un concepto muy asociado al de informática. Si se entiende esta última como el conjunto de recursos, procedimientos y técnicas usadas en el procesamiento, almacenamiento y transmisión de información, esta definición se ha matizado de la mano de las TIC.					


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GT	GESTIÓN DE TIC	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Gestión de Hardware y Software.			PD-GT-01	1
OBJETIVO	Disponer de tecnologías en correcto funcionamiento y actualizada acorde a las necesidades de cada proceso institucional, logrando así la atención oportuna y eficiente de los usuarios de la organización.						
RESPONSABLE	Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información.						
ENTRADAS	Requerimientos tecnológicos.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Adquisición, mantenimiento y actualización de tecnologías de información y las comunicaciones.						
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Identificar necesidades tecnológicas para la adquisición.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Revisar periódicamente cada 6 meses o según necesidad de acuerdo a la vida útil de los equipos o caducidad de licencias de software, se evaluarán las condiciones técnicas de equipos tecnológicos, que permitan indicar su obsolescencia y caducidad.	Formato de actualización o adquisición de TIC.			
2	Consolidar las necesidades de todas las áreas de la empresa.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Consolidar las necesidades de todas las áreas de la empresa, a través de un informe de actualización tecnológica que será enviado al plan de adquisición.	Informe de actualización tecnológica.			
3	Elaborar estudios previos de conveniencia y oportunidad para la adquisición de nuevas tecnologías.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Subdirección Administrativa.	Elaborar estudios previos de conveniencia y oportunidad para la adquisición de nuevas tecnologías. Teniendo en cuenta (Tiempo de vida útil, garantía, seguridad, confiabilidad, soporte y asistencia técnica).	Estudio previo.			
4	Someter a aprobación el proyecto de actualización tecnológica junto con el Estudio previo.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Subdirección Administrativa, Gerente	Someter a aprobación el proyecto de Actualización tecnológica junto con el Estudio previo. Si el proyecto es aprobado se continua el procedimiento. Si no es aprobado se archiva la documentación.	Estudio previo.			
5	Ejecución del proyecto de adquisición tecnológica.	Subdirección Administrativa, Gerente, Jurídica	Ejecución del proyecto de adquisición tecnológica. Se aplican los procedimientos correspondientes a contratación.	Contrato.			
6	Verificar que la tecnología adquirida cumpla con las especificaciones técnicas solicitadas y requisitos mínimos de seguridad y calidad.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Verificar que las tecnologías adquiridas cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas y requisitos mínimos de seguridad y calidad, mediante la revisión de manuales.				
7	Realizar pruebas de validación previos a la aceptación.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Realizar pruebas de validación previos a la aceptación, comprobar que viene completa y se desempeña según el manual, y se verifican las condiciones técnicas mediante un test.	Herramienta de verificación de características técnicas.			
8	Realizar un entrenamiento previo al uso a quienes van a usar las nuevas TIC.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos Sistemas.	Realizar un entrenamiento previo al uso a quienes van a usar la nueva tecnología impartiendo conocimientos básicos de uso y seguridad de la misma.	Formato de asistencia a capacitación.			
9	Puesta en funcionamiento, monitorización y control de las tecnologías.	Profesional Universitario de Sistemas de Información	Puesta en funcionamiento. La monitorización y control de la tecnología se hace a través de una revisión periódica semestral con el usuario final.	Formato de actualización o adquisición de TIC.			

10	Recibir Solicitudes de asistencia o soporte técnico de hardware o software.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Recibir la Solicitud de asistencia o soporte técnico de Hardware o software por medio físico, software o correo electrónico dirigido al Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información.	Oficio o Correo electrónico.	Software.
11	Asignar el caso al personal acorde al tipo de equipo informático.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Asignar mediante oficio o Correo electrónico al Técnico, Ingeniero o Contratista encargado del servicio.	Oficio o Correo electrónico	Software.
12	Realizar el diagnóstico de hardware y software.	Técnico, Ingeniero o Contratista encargado del servicio.	Establecer el diagnóstico del hardware y/o software, determinando los recursos logísticos necesarios y el tipo de servicio requerido.		
13	Brindar asistencia y/o soporte técnico al Usuario Final.	Técnico, Ingeniero o Contratista encargado del servicio.	Brindar asistencia y/o soporte técnico al Usuario Final, con la inducción respectiva para el buen funcionamiento de los equipos.	Registro de Asistencia Técnica.	
14	Elaboración de cronograma bimestral de mantenimiento preventivo.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Elaborar cronograma de mantenimiento preventivo para periodos de dos meses.	Cronograma de mantenimiento preventivo.	
15	Solicitud de mantenimiento correctivo.	Usuario Final.	Informar oficialmente, sobre el mal funcionamiento del respectivo elemento de hardware o Software que requiere mantenimiento.	Oficio o correo electrónico.	Software.
16	Retirar el equipo del sitio de funcionamiento habitual.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se trata de equipo en comodato: Informar al proveedor a través de correo electrónico, o vía telefónica que deben retirar el equipo para mantenimiento correctivo. • Cuando se trata de equipos propios: Tramitar la salida del equipo del sitio donde funciona habitualmente, debe realizarse con la autorización del Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información y ante el jefe del área que tiene asignado el equipo. • Para el caso mantenimiento o retiro de software se debe realizar copia de seguridad de la base de datos, siguiendo el procedimiento establecido. 	Oficio o correo electrónico, Registro de copias de seguridad, Copia de seguridad.	
17	Entregar el equipo al proveedor. Para sus respectivos mantenimientos.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos de Sistemas.	Entregar al proveedor el equipo que requiere mantenimiento, junto con el formato de autorización de salida. Hacer firmar de recibido del equipo.	Formato de autorización de Salida Almacén.	
18	Recibir el diagnóstico emitido por el proveedor.	Profesional Universitario de Sistemas de Información Subdirectora Administrativa.	Recibir el diagnóstico emitido por el proveedor, que puede ser por correo electrónico, vía telefónica u oficio, en el cual indica la acción correctiva a seguir. Si se requieren repuestos, el Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información los autoriza con el respectivo aval de subdirectora administrativa	Oficio, correo electrónico y vía telefónica	
19	Ejecutar el mantenimiento correctivo por parte del proveedor.	Proveedor.	Ejecutar el mantenimiento correctivo, según diagnóstico previo.		
20	En caso de que no sea necesario enviar el equipo al proveedor para su mantenimiento, el área de sistemas de información realizara el mantenimiento correctivo.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Ejecutar el mantenimiento correctivo, según diagnóstico previo.		
21	Recepción del equipo reparado.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Recepción del equipo reparado por parte del profesional universitario o de los técnicos, quienes verifican el buen	Diagnóstico oficial firmado, Formato de autorización de Entrada	

		Información, Técnicos de Sistemas.	estado y funcionamiento del equipo. Se diligencia el formato de entrada de elementos a la entidad con el debido reporte o diagnóstico y las piezas o elementos cambiados a los equipos.	Almacén.	
22	Entregar el equipo al Usuario final.	Profesional Universitario Sistemas Información, Técnicos de Sistemas.	Entregar al usuario final del equipo funcionando normalmente, se hace firmar en el registro de asistencia técnica la entrega a satisfacción.	Registro de asistencia técnica.	
23	Archivar la documentación generada.	Jefe de archivo.	Archivar la documentación generada según proceso de gestión documental.	Documentos del procedimiento.	
OBSERVACIONES		El mantenimiento preventivo de hardware se realiza teniendo en cuenta el presupuesto anual y de acuerdo al cronograma establecido.			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NEDER JESUS GARCÍA RAMOS. Cargo: Profesional universitario sistemas de información.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GT	GESTIÓN DE TIC	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Gestión de redes y comunicaciones.			PD-GT-02	1
OBJETIVO	Brindar soluciones informáticas para la empresa, con base en los requerimientos de información de cada área, a fin de lograr sistematizar sus procesos obteniendo un adecuado tiempo de respuesta en la atención de sus clientes, identificando y supervisando la calidad de los servicios TICs ofrecidos.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información.					
ENTRADAS	Requerimientos oficiales, Contratos legalizados de prestación de servicios de TICs.					
PROVEEDORES	Todos los procesos.					
SALIDAS	Implementación, Actualización y/o restablecimiento del servicio de redes y comunicaciones.					
CLIENTE	Todos los procesos.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Puesta en funcionamiento de las nuevas redes y comunicación.	Profesional Universitario.	Puesta en funcionamiento de las nuevas redes y comunicación.			
2	Identificar las herramientas de monitoreo.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Establecer los medios de comunicación y herramientas para la monitorización de la calidad del servicio. Cuando se trata de servicios contratados con terceros se deben establecer las condiciones del servicio contenidas en los contratos.	Contratos legalizados, actas de inicio.	Herramientas de software.	
3	Monitorear de la disponibilidad de los servicios de las redes.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos de Sistemas.	Monitorizar la disponibilidad, funcionalidad y la continuidad de los servicios teniendo en cuenta los niveles de calidad de los servicios del proveedor	Bitácora de monitoreo de servicios.		
4	Gestionar los incidentes de servicios de las redes.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos de Sistemas.	Gestionar los Incidentes de los servicios los cuales deben ser informados y así como verificar los tiempos de respuesta y recuperación de los servicios.	Bitácora de monitoreo de servicios.		
5	Solicitar el informe de las fallas del servicio de las redes al proveedor.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos de Sistemas.	Solicitar vía telefónica o por correo electrónico los informes de rendimiento de los servicios que especifiquen la causa de los incidentes que son responsables de la degradación de los servicios de conectividad.	Bitácora de monitoreo de servicios.		
6	Verificar el restablecimiento del servicio.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos de Sistemas.	Verificar el restablecimiento del servicio, mediante el monitoreo de la disponibilidad, funcionalidad de los servicios de conectividad del proveedor.	Bitácora de monitoreo de servicios.		
7	Archivar la documentación generada.	Jefe de archivo.	Archivar la documentación generada según procedimientos vigentes.	Documentos del procedimiento.		
OBSERVACIONES						

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: NEDER JESUS GARCÍA RAMOS. Cargo: Profesional universitario sistemas de información.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GT	GESTIÓN DE TIC	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Gestión estadística.			PD-GT-03	1
OBJETIVO	Realizar el tratamiento de la información que se recoge de las diferentes áreas de la empresa, para la consolidación y posterior entrega y/o disponibilidad de la misma, de acuerdo a las necesidades del cliente interno y externo, con criterios de validez, confiabilidad, seguridad y oportunidad; para que la toma de decisiones en todos los niveles se realice sobre hechos y datos reales tomados de la integración de la información clínica y administrativa.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información, profesionales de las diferentes áreas involucradas en la generación de la Información.					
ENTRADAS	Requerimientos de Información.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Base de datos con información consolidada, informes, Reportes a los Entes de Control.					
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificar los instrumentos de recolección, captura y validación de los datos de la organización.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Diferentes áreas que generan información requerida.	Identificar la manera de recolectar los datos mediante técnicas y herramientas adecuadas al tipo de información y al área que la genera. Realizar la captura de datos independientes con o sin validación, pueden ser Escaneo, Digitación y la validación mediante filtros configurados previamente a través de software.	Manuales de recolección de la información requerida de las diferentes áreas.		
2	Identificar el tipo de procesamiento de los datos.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Diferentes áreas que generan información requerida.	Puede ser procesamiento electrónico automatizado, el cual hace uso de las computadoras, sin intervención del usuario. Una vez ingresados los datos, el computador efectúa los procesos automáticamente y emite el resultado, también se puede procesar la información de forma manual cuando ésta no proviene de un software.	Manuales de recolección de la información requerida de las diferentes áreas.		
3	Realizar la consolidación de la información.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Diferentes áreas que generan información requerida.	Identificar las salidas de información de cada uno de los sistemas y se verifican las bases de datos donde se concentran, posteriormente se establecen procedimientos de consolidación y generación de información teniendo en cuenta la información administrativa y asistencial.	Manuales de recolección de la información requerida de las diferentes áreas.		
4	Integración de los datos administrativos y asistenciales.	Automático.	La integración se realiza a través de los procesos en línea del sistema de información.		Sistema de Información.	
5	Procesamiento de los datos en el módulo gerencial.	Automático.	El Procesamiento para la toma de decisiones a nivel gerencial se aplica a través del análisis de la herramienta de indicadores.		Sistema de Información.	
6	Validación y Depuración de datos para optimizar calidad y precisión de la información.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Diferentes áreas que generan información requerida.	Validar la información a través del sistema de información integral. La validación es automatizada, al igual que la depuración. En la depuración al presentarse errores en los datos estos deben corregirse manualmente por el Usuario Final, responsable del dato.			


7	Generar una base de datos consolidada de verdadera fiabilidad.	Automático.	Generar una base de datos consolidada de verdadera fiabilidad. La información se centraliza en la base de datos única del sistema de información integral. Esta es la fuente para entrega de información.	Base de datos consolidada.	Sistema de Información.
8	Solicitud de información de los clientes internos y externos de la organización.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Mediante solicitudes formales o a través de la página web, oficios formales y las generadas por obligaciones contractuales o legales.	Solicitudes a través de la página WEB, Oficios de requerimientos, documentos contractuales o legales.	
9	Clasificación de la información solicitada.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Se clasificará en dos tipos de información. 1. Información de tipo administrativo. 2. Información de Tipo Asistencial.	Oficio de requerimientos.	
10	Priorización para la generación y entrega de la información.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Tener en cuenta los siguientes factores: 1. Tiempos de entrega. 2. Entrega reglamentaria por normatividad. 3. Importancia de la información para el uso y aprovechamiento de la misma a nivel interno. 4. Importancia de la información para el uso del cliente externo.	Oficio de requerimientos.	
11	Generación de la información.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Diferentes áreas que requieren la Información.	Se identifican las fuentes de información de donde se va a extraer la información.		Sistema de Información.
12	Validar la consistencia de información con el cliente interno o externo.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Diferentes áreas que requieren la Información.	Validar la consistencia de información con el cliente interno o externo. A través de herramientas automatizadas se realizan filtros para identificar inconsistencias y asegurar la integridad de los datos.	Informe.	
13	Remitir la información según las solicitudes.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Remitir la información según las solicitudes, transmitiendo de forma electrónica o manual mediante un oficio con los medios necesarios impresos o magnéticos anexos.	Oficio, Informe, Correo Corporativo.	
14	Verificar si existen variaciones inesperadas de información detectadas en el comparativo de información.	Solicitantes de la Información.	Quien solicitó la información, realiza el análisis de la información e identifica si existen variaciones.	Informe.	
15	¿Existen desviaciones en la información analizada?	Persona que solicitó la Información.	SI: Devolver la información a la oficina de sistemas. Continuar este procedimiento. NO: Dar aplicación a la información para los fines requeridos.	Informe.	
16	Recepcionar la información para analizar las desviaciones identificadas.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Realizar comparativos con los históricos y otras fuentes de información y registrar las variaciones inesperadas. Identificar el origen de la variación y realizar las respectivas correcciones.	Oficio, Informe.	
17	Entrega de información en el medio	Profesional	De manera formal se hace entrega de información en el	Oficio, Informe.	

	solicitado y en los tiempos establecidos.	Universitario de Sistemas de Información.	medio solicitado y en los tiempos establecidos, según la prioridad.		
18	Archivar la documentación generada.	Jefe de archivo.	Archivar la documentación generada según proceso de gestión documental.	Documentos del procedimiento.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NEDER JESUS GARCÍA RAMOS. Cargo: Profesional universitario sistemas de información.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GT	GESTIÓN DE TIC	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Gestión de la Seguridad informática.			PD-GT-04	1
OBJETIVO	Garantizar respaldo y seguridad de la información que generan los procesos de la E.S.E. Vidasinú, para asegurar la continuidad de las operaciones.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario - Jefe de Sistemas de Información.					
ENTRADAS	Bases de Datos y Archivos de Usuario Final.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Copias de seguridad o copias de respaldo de la información.					
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificar las fuentes de información de la organización.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos Sistemas, Usuario Final.	Identificar las fuentes de información a respaldar: 1. Bases de datos: Información de prestación de servicios; Información Administrativa y Financiera; 2. Información de usuario final: se encuentra en cada equipo de los usuarios.	Manuales de recolección de la información requerida de las diferentes áreas.		
2	Planificar la ejecución, frecuencia, periodicidad y priorización de las dependencias y del número de copias a realizar.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos Sistemas, Usuario Final.	Para la información de usuarios final, se identifican los equipos de cómputo donde se registra información crítica para la empresa. Mensualmente esta carpeta mediante una tarea automatizada desde el sistema operativo Windows, se generará una copia de seguridad el primer día de cada mes con el contenido que exista. En las UPSS inicialmente se almacena en los servidores de cada una y posteriormente las copias se almacenan en el storage de la sede administrativa principal.	Formato de Control de Copia de Seguridad.		
3	Definir el plan de respaldo de las copias de seguridad (Automáticos o Manuales).	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos Sistemas.	Para el respaldo de las Bases de Datos, se define el plan de respaldo de las copias de seguridad (Automáticos o Manuales), mediante el Administrador de Base de Datos SQL SERVER, y la herramienta automatizada para copias de seguridad de equipos de cada dependencia.	Formato de Control de Copia de Seguridad.	SQL SERVER, Aplicativo Automatizado de Copias.	
4	Ejecutar el plan de respaldo de copias de seguridad (ver documento del plan de copias automáticas y manuales).	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos Sistemas.	Se planifica el cronograma con fechas y horas en las cuales se ejecutan las copias de seguridad. Las copias se hacen automáticamente, previa programación.	Cronograma de Control de Copia de Seguridad.	SQL SERVER, Aplicativo Automatizado de Copias.	
5	Verificar el buen estado de la realización de la copia de seguridad.	Profesional Universitario de Sistemas de Información, Técnicos Sistemas.	Verificar el buen estado de la realización de la copia de seguridad, mediante proceso inverso de restauración para copias de seguridad.	Formato de Control de Copia de Seguridad.		
6	Almacenar y conservar las copias de seguridad en medios magnéticos.	Profesional Universitario de Sistemas de Información.	Almacenar y conservar las copias de seguridad en medios magnéticos en servidores de la empresa y en una entidad externa según periodicidad establecida.	Copias de seguridad, Registro de copias de seguridad almacenadas.		

7	Archivar la documentación generada.	Jefe de archivo.	Archivar la documentación generada mediante procedimientos de archivo vigentes.	Documentos del procedimiento.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NEDER JESUS GARCÍA RAMOS. Cargo: Profesional universitario sistemas de información.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.3.3. PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 2
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES - CÓDIGO: PR - GC	Resolución de Aprobación:

OBJETIVO: Administrar toda la documentación y comunicaciones oficiales que ingresan o se generan en desarrollo de las actividades de la Empresa Social del Estado VIDASINÚ, estableciendo criterios para la gestión de las comunicaciones oficiales y privadas en la institución.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Generación y/o recepción de todos los documentos y/o registros de la E.S.E.
	TERMINA: Publicación, radicación, almacenamiento, custodia, envío y/o eliminación de la documentación y comunicaciones oficiales de la E.S. E

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.	Solicitudes de publicación de información o comunicaciones, Producción documental de cada una de las áreas o redes con base en el cumplimiento de los procesos establecidos en la Empresa, Documentos externos recibidos en la Empresa.	 <p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>¿Qué se hará?, ¿Por qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuánto?.</p> <p>Ejecución de lo planeado, Recolección de datos necesarios, Documentación de todo lo realizado y lo que no se pudo hacer.</p> <p>Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.</p>	Comunicados publicados. Organización y custodia de documentos, reportes, informes. Clasificación y organización de archivos, eliminación de documentos.	USUARIOS, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS

PLANEAR	HACER
Medios de comunicación interna y externa.	Recibo y distribución de comunicaciones oficiales
Métodos de sistematización y control de comunicaciones oficiales.	Envío de comunicaciones oficiales internas y externas.
Medios de entrega y distribución de comunicaciones externas.	Manejo de archivo de gestión.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Manejo de archivo central.
Entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continua.	Manejo de archivo histórico.
	Comunicaciones públicas.
VERIFICAR	ACTUAR
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias
Radicación de comunicaciones oficiales al destinatario final, bien sean internas o externas.	Mejoramiento Continuo
verificar que las publicaciones de comunicaciones oficiales sean conforme a los requerimientos.	
Verificar el cumplimiento de la normatividad legal vigente.	

PROCEDIMIENTOS:


CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN
PD-GC-01	Recibo y distribución de comunicaciones oficiales.	2.0


PD-GC-02	Envío de comunicaciones oficiales internas.	2.0
PD-GC-03	Manejo de archivo de gestión	2.0
PD-GC-04	Manejo de archivo central	2.0
PD-GC-05	Manejo de archivo histórico	2.0
PD-GC-06	Manejo de archivo historias clínicas.	2.0

PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Verificar que las comunicaciones oficiales a enviar, cumplan los requisitos mínimos de forma y estén firmados.</p> <p>Confirmar que las comunicaciones enviadas cuentan con soportes de recibido o radicado.</p> <p>Realizar las transferencias documentales con los respectivos registros de soporte.</p> <p>Verificar que las comunicaciones a publicar se encuentran autorizadas por los jefes de área, dependencia o por Gerencia.</p> <p>Verificar que se realizan las publicaciones de comunicaciones conforme a los requerimientos de la entidad.</p> <p>Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).</p>	<p>HUMANOS: Personal con competencias y habilidades necesarias para cumplir a cabalidad el objetivo.</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades.</p> <p>FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras.</p> <p>TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos biomédicos; Equipos y elementos de cómputo, Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación.</p>	<p>Documentos que soportan la ejecución del proceso como: Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial</p>


REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, SOGCSS, Ley 594 del 2000</p> <p>Ley general de archivos, Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario, Acuerdo 07 de 1994 Reglamento general de archivos, Acuerdo 060 de 2001 Pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas, Acuerdo 039 de 2002 Regula el procedimiento para la elaboración y aplicación de las Tablas de Retención Documental en desarrollo del Artículo 24 de la ley 594 de 2000, Acuerdo 042 de 2002 Criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplan con funciones públicas, se regula el inventario Único Documental, Acuerdo 038 de 2002 Desarrollo el artículo 15 de la Ley general de archivos sobre responsabilidad del servidor público frente a los documentos y archivos, Resolución 1995 de 1999. Circular 01 de 2001</p> <p>Elaboración y adopción de Tablas de Retención Documental, Circular 035 de 2009 Organización e Implementación de Archivos y Fondos Documentales Acumulados, Circular 04 de 2003 Organización de las Historias Laborales, Circular 012 del 2004 Orientaciones para el cumplimiento de la circular 004 de 2003 (organización de las historias laborales).</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>4.2.4. CONTROL DE REGISTROS</p> <p>5.2. ENFOQUE AL CLIENTE</p> <p>5.3. POLÍTICA DE CALIDAD</p> <p>6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS</p> <p>6.2. TALENTO HUMANO</p> <p>6.3. INFRAESTRUCTURA</p> <p>7.1. PLANIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p> <p>7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</p> <p>7.3. DISEÑO Y DESARROLLO</p> <p>7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p> <p>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento.

INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
I.SGAC.01	Direccionamiento de correspondencia.	
I.SGAC.02	Oportunidad en la prestación del servicio de consulta y préstamo de documentos de responsabilidad del archivo central.	
I.SGAC.03	Porcentaje de correspondencia descargada con recibido en el aplicativo.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Secretaria General, Técnica Gestión Documental, Ingeniero de Sistemas de Información.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.
Cargo:	Cargo:	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	VERSIÓN	2
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Archivo:	Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, su forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o institución pública o privada, en el transcurso de su gestión.					
Archivo de Gestión:	Aquel en el que se reúne la documentación en trámite en busca de solución a los asuntos iniciados, sometida a continua utilización y consulta administrativa por las mismas oficinas u otras que las soliciten.					
Archivo Central:	Unidad administrativa donde se agrupan documentos transferidos o trasladados por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, una vez finalizados su trámite, que siguen siendo vigentes y objeto de consulta por las propias oficinas y los particulares en general.					
Archivo Histórico:	Aquel al cual se transfiere la documentación del archivo central o del archivo de gestión que, por decisión del correspondiente Comité de Archivos, debe conservarse permanentemente, dado el valor que adquiere para la investigación, la ciencia y la cultura.					
Archivo Electrónico:	Se entiende como toda expresión en lenguaje natural, convencional y cualquier otra expresión gráfica, sonora o en imagen recogidas en cualquier tipo de soporte material, incluso los soportes informáticos con eficacia probatoria o cualquier otro tipo de relevancia jurídica.					
Comunicaciones Oficiales:	Información registrada, cualquiera sea su forma o medio utilizado generado para la empresa por parte de sus clientes de procesos y/o por la misma, a través de sus diferentes Dependencias en sus actividades misionales y demás.					
Consulta de Documentos:	Derecho de los ciudadanos a consultar la información contenida en los documentos de archivo de las entidades públicas y a obtener copia de los mismos, siempre que dichos documentos no tengan carácter reservado conforme a la constitución o a la Ley.					
Depuración:	Operación por la cual se identifican y separan los documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, es análogo a la selección natural.					
Disposición Final de Documentos:	Identificación de los documentos en cualquiera de sus tres edades, con miras a determinar su conservación temporal, permanente o su eliminación.					
Documento Original:	Es la fuente primaria de información con todos los rasgos y características que permiten garantizar su autenticidad e integridad.					
Eliminación de Documentos:	Es la destrucción de los documentos que han perdido su valor administrativo, fiscal o legal, y que no tienen valor histórico o que carecen de relevancia para la ciencia y la tecnología.					
Expediente:	Conjunto de documentos relacionados con un asunto, que constituyen una unidad de conservación de archivo.					
Inventario:	Es el instrumento que describe la relación sistemática y detallada de las unidades de un fondo, siguiendo la organización de las series documentales. Puede ser esquemático, general, analítico y preliminar.					
Folio:	Hoja de libro, de cuaderno o de expediente al cual corresponden dos páginas. Número que indica el orden consecutivo de las páginas de un expediente, un libro etc.					
Organización de los Documentos:	Conjunto de acciones orientadas a la clasificación, ordenación y descripción de los documentos de una institución, como parte integral de los procesos archivísticos.					
Tablas de retención documental:	Listado de series y subseries, con sus respectivos tipos documentales, producidos o recibidos por una unidad administrativa en cumplimiento de sus funciones, a los cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada fase de archivo.					
Valor Primario:	Es el que tienen los documentos mientras sirven a la institución productora y al iniciador, destinatario o beneficiario del documento. Es decir, a los involucrados en el tema o en el asunto.					
Valor Secundario:	Es el que interesa a los investigadores de información retrospectiva. Surge una vez agotado el valor inmediato o primario. Los documentos que tiene este valor se conservan permanentemente.					


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Recibo y distribución de comunicaciones oficiales externas.			PD-GC-01	2
OBJETIVO	Administrar las comunicaciones oficiales externas en la Empresa Social del Estado VIDASINÚ a través de la recepción, radicación y distribución correcta y oportuna de la correspondencia.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario Archivo y Correspondencia, Técnico Operativo Archivo y Correspondencia.					
ENTRADAS	Documentos y comunicaciones recibidos en la Empresa para su gestión.					
PROVEEDORES	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Documentación recibida, radicada, distribuida y enviada.					
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de comunicaciones oficiales externas.	Secretaria	Todas las comunicaciones oficiales que ingresen a la entidad deben ser radicadas en la ventanilla de recepción de la unidad de correspondencia.	Comunicaciones Oficiales internas y/o Externas.		
2	Revisión de las comunicaciones oficiales externas.	Secretaria	Las comunicaciones serán sometidas a revisión antes de legalizar su recepción, con el fin de determinar si son de carácter oficial y si ameritan radicación. Cuando se radican, continuar el procedimiento, cuando no se radican se devuelve al remitente.	Comunicaciones Oficiales internas y/o Externas]		
3	Radicar las comunicaciones oficiales externas.	Secretaria	Radicar las comunicaciones oficiales, asignar numeración en estricto orden de recepción de los documentos, dejar constancia de la fecha y hora de recibo. Ingresar los datos al Sistema de Información de Correspondencia.	Comunicaciones Oficiales internas y/o Externas	Sistema de Información de Correspondencia.	
4	Entregar la copia de recibido al Usuario que radica.	Secretaria	Entregar la copia de recibido al Usuario que radica la correspondencia, con el número de radicado, fecha y hora de recibido.	Copia de radicación de comunicaciones oficiales internas y/o Externas		
5	Clasificar las comunicaciones oficiales externas.	Secretaria	Clasificar las comunicaciones oficiales, por cada dependencia destinataria.	Comunicaciones Oficiales Externas radicadas		
6	Generar las planillas de distribución de Comunicaciones oficiales externas.	Secretaria	Generar e imprimir del Sistema de Información de Correspondencia las planillas de distribución de comunicaciones oficiales externas por cada dependencia destinataria.	Planillas de entrega de comunicaciones oficiales externas generadas por el Sistema de Información de Correspondencia.	Sistema de Información de Correspondencia.	
7	Distribución de comunicaciones oficiales externas y/o internas.	Secretaria.	Diariamente se distribuyen las comunicaciones oficiales, entregando según corresponda en las dependencias destinatarias. Hacer firmar la planilla de distribución de comunicaciones oficiales externas en cada número de radicado.	Planillas de entrega de comunicaciones oficiales externas generadas por el Sistema de Información de Correspondencia.		
8	Archivar documentación generada.	Secretaria y/o Contratista Encargado.	Archivar documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de gestión.			

OBSERVACIONES	<p>11. Cuando una dependencia de la entidad reciba una comunicación oficial por medios electrónicos, magnéticos, fax o cualquier otro medio, estará en la obligación de enviarla inmediatamente a las Unidades de Correspondencia para que se oficialice su ingreso a la entidad, mediante el sistema de información de correspondencia.</p> <p>12. No se podrán reservar números de radicación, ni habrá números repetidos, enmendados, corregidos o tachados.</p> <p>13. Para la recepción de recursos contra cualquier acto administrativo proferido por la entidad, el funcionario o contratista encargado de la radicación deberá dejar constancia de la presentación personal del recurrente y exigirá la tarjeta profesional y el poder que le fue otorgado, cuando se presente por intermedio de apoderado. Se exceptúan de esta disposición los recursos que traigan inserta la nota de presentación personal hecha conforme a la ley. Si la persona que presenta el documento no se identifica se deja constancia del hecho.</p> <p>14. Entiéndase por comunicaciones oficiales externas todas aquellas, que provienen de la Red prestadora de servicios de salud, entes externos, y usuarios y comunidad en general. Las comunicaciones oficiales internas son todas aquellas que se producen internamente en cada área de la sede Administrativa.</p>		
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	
Nombre:	Nombre:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:	Cargo:	Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Envío de comunicaciones oficiales internas.			PD-GC-02	2
OBJETIVO	Enviar oportunamente las comunicaciones oficiales internas y externas producidas en la Empresa Social del Estado VIDASINÚ.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario Archivo y Correspondencia, Técnico Operativo Archivo y Correspondencia, Secretarías, Asistentes, Auxiliares Administrativos y/o contratistas encargados de las dependencias generadoras de comunicaciones oficiales.					
ENTRADAS	Documentos y comunicaciones generados y recibidos en la Empresa para su gestión.					
PROVEEDORES	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Comunicaciones oficiales producidas y radicadas al destinatario.					
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Generación de comunicaciones oficiales.	Jefe, Secretaria, Auxiliar Administrativo y/o contratista encargado de dependencia o área funcional generadora.	Generación de comunicaciones oficiales mediante el registro en el Sistema de Información de Correspondencia.	Comunicaciones Oficiales.	Sistema de Información de Correspondencia.	
2	Registrar la comunicación oficial en la planilla de radicado de correspondencias.	Jefe, Secretaria, Auxiliar Administrativo y/o contratista encargado de dependencia o área funcional generadora.	Anotar el consecutivo en el registro de comunicaciones oficiales.	Comunicaciones Oficiales.		
3	Entregar la comunicación oficial en la Unidad correspondientes o UPSS.	Jefe, Secretaria, Auxiliar Administrativo y/o contratista encargado de dependencia o área funcional generadora.	Entregar la comunicación oficial en la Unidad correspondientes o UPSS, en los horarios establecidos.	Comunicaciones Oficiales.		
4	Revisión de la comunicación oficial, antes de la recepción.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Revisión de la comunicación oficial, antes de la recepción, para constatar que han sido debidamente firmadas por el funcionario autorizado, que los anexos que se anuncian estén completos, que trae el antecedente y las copias anunciadas, que el contenido del original es idéntico al de las copias, y que contiene las copias del original para la serie documental consecutivo de correspondencia producida y para el archivo de la oficina productora.	Comunicaciones Oficiales		

5	¿Las comunicaciones oficiales cumplen los requisitos para envío?	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	SI: Continuar procedimiento NO: Se devuelve a para que sea ajustado en la Oficina productora.	Comunicaciones Oficiales	
6	Firmar el formato de entrega, como evidencia de recibido de las comunicaciones en la Unidad de Correspondencia para envío.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Firmar formato de entrega como evidencia de recibido de las comunicaciones en la Unidad de Correspondencia para envío.		
7	Generar e imprimir del Archivo digital de secretaria general, la planilla de envío de comunicaciones oficiales.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Generar e imprimir del Archivo digital de secretaria general la planilla de envío de comunicaciones oficiales, entregarla según corresponda al Mensajero o a la empresa de correo contratada para tal fin.	Planilla de envío de comunicaciones oficiales.	Sistema de Información de Correspondencia.
8	Distribuir las comunicaciones oficiales.	Mensajero o contratista encargado, Empresa de correos.	Distribuir las comunicaciones oficiales, según corresponda al mensajero o a la empresa de correo contratada para tal fin. La radicación debe contener el nombre completo, la fecha y la hora en letra clara y legible. Hacer firmar la planilla de envío de comunicaciones oficiales.		
9	Recepcionar la correspondencia que fue radicada externamente y descargar en el Sistema de Información de Correspondencia.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Recepcionar la correspondencia que fue radicada externamente junto con la planilla de envío. Descargar en el Sistema de Información de Correspondencia, registrando fecha y hora de radicación, responsable y número consecutivo asignado. (si es el caso)	Planilla de envío de comunicaciones oficiales, firmada por quien recibe, Comunicaciones oficiales radicadas por el destinatario.	Sistema de Información de Correspondencia.
10	Generar e imprimir del Archivo digital de secretaria general la planilla para entrega de copias de las comunicaciones oficiales enviadas.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Generar e imprimir del Archivo digital de secretaria general la planilla para entrega de copias de las comunicaciones oficiales enviadas con evidencia de radicado al área o dependencia que generó la comunicación oficial.	Planilla de entrega de copias de las comunicaciones oficiales enviadas.	Sistema de Información de Correspondencia.
11	Tomar copia de la comunicación oficial con radicado y entregar a la oficina generadora.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Tomar copia de la comunicación oficial con radicado, y entregar a la oficina generadora. El original firmado de recibido se archiva en el consecutivo de la secretaria general o del archivo general según el caso.	Planilla de entrega de copias de las comunicaciones oficiales enviadas debidamente firmada.	
12	Archivar documentación generada.	Auxiliar administrativo, Secretaria y/o contratista encargado de la Unidad de Correspondencia.	Archivar documentación generada tanto original de comunicaciones externas como planillas de entrega de copias de las comunicaciones oficiales enviadas según procedimiento de Manejo de Archivo de gestión.		


OBSERVACIONES	<p>20. La empresa cuenta con dos servicios de mensajería, correo certificado para la distribución de comunicaciones oficiales que lo ameriten y mensajero para la distribución del correo normal en las UPSS</p> <p>21. Cuando la comunicación oficial es enviada por medio de las empresas de correo con destino a otros municipios y ciudades a nivel nacional no se generan planillas de control, para este caso se utilizan las guías de envío de las empresas de correo.</p> <p>22. Es obligación de las Secretarías, Auxiliares Administrativos y/o Contratistas encargados informar si la comunicación oficial debe enviar por correo certificado o correo normal, de igual manera si su entrega es urgente (cuando se envíe con el mensajero).</p>		
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.</p> <p>Cargo: Gerente.</p>	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo de Archivo de Gestión.			PD-GC-03	2
OBJETIVO	Conservar todos los documentos recibidos o generados por la actividad de las dependencias, mientras dura el trámite de los asuntos a los que hacen referencia y una vez concluido el mismo hasta que se termine el tiempo de permanencia determinado por la tabla de retención documental.						
RESPONSABLE	Jefes de Oficina, áreas funcionales y dependencias, Auxiliares Administrativos, Asistentes, Secretarías y/o contratistas encargados.						
ENTRADAS	Documentación producida o recibida en la empresa en cumplimiento de los procesos establecidos.						
PROVEEDORES	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Documentación tramitada, organizada, custodiada en los archivos de gestión de acuerdo a los procesos.						
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Seleccionar y clasificar los documentos en documentos de gestión o de archivo y documentos de apoyo.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Seleccionar y clasificar los documentos de gestión o de archivo de acuerdo a los procesos que maneje la dependencia, teniendo en cuenta la tabla de retención documental.	Documentos de archivo y documentos de apoyo.			
2	Elaborar los separadores para cada una de las series y subseries (TRD).	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Elaborar los separadores para cada una de las series y subseries del archivo, de acuerdo a los procesos de cada dependencia y en concordancia con las tablas de retención documental.				
3	Depurar los documentos de gestión o de archivo según valor primario o secundario.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Depurar los documentos de gestión o de archivo según valor primario o secundario. Retirar de la Unidad documental los documentos que no tienen valor primario o secundario.				
4	Identificar y agrupar en unidades documentales.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Identificar y agrupar en (carpetas) todos los tipos documentales de acuerdo a los procesos pertenecientes a la dependencia.				
5	Ordenar al interior cada una de las unidades documentales.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Ordenar cada una de las unidades documentales siguiendo el principio de orden original teniendo en cuenta su fecha de producción y orden cronológico.				
6	Identificar cada una de las unidades documentales.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Identificar nombre y código de la sección, la subsección, Código de serie, Código de subseries, Nombre del expediente. Archivar en cada carpeta.	Guía de archivo.			
7	Ordenar cada una de las unidades documentales.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Por orden alfabético, alfanumérico, pertenecientes a una serie o subseries utilizando un sistema que permita la localización y recuperación de la información.				


8	Foliar cada una de las series y subseries documentales.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Foliar cada una de las series y subseries documentales en orden consecutivo de 1 en adelante con lapicero negro en la parte superior derecha.	Unidades Documentales, debidamente foliadas.	
9	Ubicar físicamente las carpetas en archivadores.	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Ubicar las carpetas y las celuguías de acuerdo a las tablas o procesos que maneje la dependencia identificando con caracteres alfanuméricos, cada uno de los archivadores debe identificarse de tal manera que permita la localización física de los expedientes.		
10	Diligenciar el Formato Único de Inventario Documental (F.U.I.D.).	Auxiliar, Asistente, Secretaria Administrativa y/o contratista encargado.	Diligenciar completamente el formato único de inventario documental, el cual debe diligenciarse por año.	Formato único de inventario documental	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Manejo de Archivo Central.			PD-GC-04	2
OBJETIVO	Recepcionar la documentación que haya cumplido su tiempo de retención o ciclo de vida en el archivo de gestión, para que sea clasificada, ordenada debidamente, conservada y custodiada como medio de consulta y soporte a la gestión administrativa.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario Archivo y Correspondencia, Técnico Operativo Archivo y Correspondencia.					
ENTRADAS	Documentación que ha cumplido su tiempo de retención o ciclo de vida en el archivo de gestión, formato de inventario documental.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa con archivos de gestión.					
SALIDAS	Documentación debidamente organizada, almacenada y custodiada en el archivo central.					
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Elaborar y presentar a todas las áreas y/o dependencias cronograma de transferencias documentales.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Elaborar y presentar a todas las áreas y/o dependencias cronograma de transferencias documentales, donde se evidencie fecha de transferencia y año de la documentación objeto de la misma.	Cronograma de transferencias documentales.		
2	Verificar que la documentación objeto de transferencia concuerde con el Formato Único de Inventario Documental.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Verificar que la documentación objeto de transferencia concuerde con el Formato Único de Inventario Documental.	Formato Único de Inventario Documental.		
3	Organizar la documentación en el archivo central.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Organizar en el archivo central, en cajas de archivo inactivo la documentación teniendo en cuenta el organigrama y el año de transferencia en forma secuencial de recibido.			
4	Ingresar la información de la transferencia a la base de datos.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Ingresar la información contenida en el formato único de inventario documental a la base de datos donde se relacionan los documentos recibidos en transferencia y su ubicación.	Documentos de Identificación, Carnet EPS, Historia Clínica.	Base de datos	
5	Radicar la solicitud para consulta y/o préstamo documental.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados	Radicar la solicitud de manera escrita en la Unidad de Correspondencia, diligenciando el formato de solicitud para consulta y/ o préstamo documental.	Formato de solicitud para consulta y/ o préstamo.		
6	Analizar y verificar si la documentación solicitada es objeto de préstamo y/o consulta.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Analizar y verificar si la documentación solicitada es objeto de préstamo y/o consulta, siempre que no existan restricciones de acuerdo a la Ley.	Formato de solicitud para consulta y/ o préstamo.		
7	Ubicar y buscar la documentación solicitada.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados	Ubicar la documentación solicitada en archivos magnéticos y/o en base de datos. Buscar los expedientes físicos.			

8	Entregar la documentación solicitada.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Entregar la documentación requerida, solicitando un documento de identificación. Si el Usuario es externo y necesita copia del documento deberá asumir los costos del mismo. A Usuarios internos los documentos se prestarán para consulta, y de requerirse se tomará copia en Archivo y Correspondencia. Hacer firmar el formato de préstamo documental.	Formato de préstamo documental.	
9	Recepcionar la documentación solicitada y verificar que esté en igual estado como fue prestado.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Recepcionar la documentación solicitada y verificar que esté completa y organizada tal como fue prestada. Hacer firmar la devolución en el formato de préstamo documental. Ubicarla en el mismo lugar donde se encontraba según inventario documental.	Formato de préstamo documental.	
OBSERVACIONES		Revisar mensualmente la base de datos y el registro de control de préstamos para verificar el control de los documentos y presentar un informe sobre el estado de los mismos. La elaboración del formato único de inventario documental para realizar transferencias primarias al archivo central será de responsabilidad de las secretarías, asistentes, auxiliares administrativos y/o contratistas encargados.			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Manejo de Archivo Histórico.			PD-GC-05	2
OBJETIVO	Conservar de la documentación del Archivo Central de la Empresa Social del Estado VIDASINÚ, a la que se ha determinado valor histórico.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario Archivo y Correspondencia, Técnico Operativo Archivo y Correspondencia.					
ENTRADAS	Documentación del Archivo Central a la que se ha determinado su conservación permanente de acuerdo a su valor histórico, formato de inventario documental.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Documentación debidamente organizada, almacenada y custodiada en el archivo histórico.					
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Valorar la documentación que puede ser objeto de transferencias secundarias. Dar aplicación a las tablas de retención.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Realizar valoración documental de cada dependencia identificando los valores secundarios de los documentos. Aplicar las tablas de retención documental.			
2	Diligenciar formato único de inventario documental.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Diligenciar formato único de inventario documental para realizar las transferencias secundarias al archivo histórico.	Formato único de inventario documental diligenciado.		
3	Confrontar las series objeto de transferencia con el formato único de inventario documental.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Confrontar las series transferidas con el formato único de inventario documental.	Formato único de inventario documental diligenciado.		
4	Llevar a cabo las transferencias secundarias del archivo central al archivo histórico.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Llevar a cabo las transferencias secundarias del archivo central al archivo histórico, según los criterios de la tabla de retención documental.			
5	Disponer de las series documentales para transferir.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Disponer de las series para transferir, ordenar las unidades de conservación en cajas debidamente identificadas las cuales son trasladadas al archivo histórico.			
6	Ingresar la información de la transferencia a la base de datos.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Ingresar la información contenida en los Formatos de Inventario Documental a la base de datos donde se relacionan los documentos objeto de las transferencias secundarias y su ubicación.		Base de datos	
7	Radicar la solicitud para consulta y/o préstamo documental.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Radicar la solicitud de manera escrita en la Unidad de Correspondencia, diligenciando el formato de solicitud para consulta y/ o préstamo.	Formato de solicitud para consulta y/ o préstamo.		

8	Analizar y verificar si la documentación solicitada es objeto de préstamo y/o consulta.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Analizar y verificar si la documentación solicitada es objeto de préstamo y/o consulta, siempre que no existan restricciones de acuerdo a la Ley.	Formato de solicitud para consulta y/ o préstamo.	
9	Ubicar y buscar la documentación solicitada.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados	Ubicar la documentación solicitada en archivos magnéticos y/o en base de datos. Buscar los expedientes físicos.		
10	Entregar la documentación solicitada.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Entregar la documentación requerida, solicitando un documento de identificación. Si el Usuario es externo y necesita copia del documento deberá asumir los costos del mismo. A Usuarios internos los documentos se prestarán para consulta, y de requerirse se tomará copia en Archivo y Correspondencia. Hacer firmar el formato de préstamo documental.	Formato de préstamo documental.	
11	Recepcionar la documentación solicitada y verificar que esté en igual estado como fue prestado.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	Recepcionar la documentación solicitada y verificar que esté completa y organizada tal como fue prestada. Hacer firmar la devolución en el formato de préstamo documental. Ubicarla en el mismo lugar donde se encontraba según inventario documental.	Formato de préstamo documental.	
OBSERVACIONES		Revisar mensualmente la base de datos y el registro de control de préstamos para verificar el control de los documentos y presentar un informe sobre el estado de los mismos. La elaboración del formato único de inventario documental para realizar transferencias secundarias al archivo histórico será de responsabilidad del profesional universitario, técnico operativo de archivo y correspondencia y/o contratistas encargados.			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: KETTY HERRERA MESTRA. Cargo: Contador.		Nombre: Cargo:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo de archivo historias clínicas.			PD-GC-06	2
OBJETIVO	Brindar las herramientas para el manejo integral y el cumplimiento de la normatividad vigente en relación a la apertura, diligenciamiento, organización y acceso a las historias clínicas de la Empresa Social del Estado VIDASINÚ.						
RESPONSABLE	Coordinador médico, médico o profesional de la salud, enfermero jefe, auxiliar de enfermería, archivista y facturador.						
ENTRADAS	Historias clínicas, registros específicos, formatos de control de historias clínicas, formatos de préstamos historias clínicas y formatos de solicitud de copias de historias clínicas.						
PROVEEDORES	Todos los procesos asistenciales de la empresa y facturación.						
SALIDAS	Historia clínica, registros de préstamos, formatos de solicitud de copias de historias clínicas.						
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Ingreso del usuario a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud en el servicio de urgencias o servicio ambulatorio.	Facturador.	El usuario solicita atención (se atiende acorde a prioridad en Triage), presenta su documento de identidad, se verifican derechos, se admisiona y registra la información en la base de datos para el caso de urgencias, con excepción del usuario clasificado como Triage I, que pasa directo a sala para la atención. Para el caso de servicios ambulatorios ingresa cuando el usuario solicita el servicio o se capta por demanda inducida, se verifican derechos, se agenda y asigna la cita. Si el servicio prestado es de urgencias vaya a la actividad n° 3, si es servicio ambulatorio ir a la actividad n° 2.	Admisión, Agenda Citas Médicas.	Base de datos CLINTOS.		
2	Entrega de historias clínica para atención.	Archivista. Auxiliar de enfermería.	El responsable del archivo al iniciar cada jornada solicita al facturador la agenda de citas de la siguiente jornada, busca y anexa las historias clínicas que corresponden a dicha agenda, si se presenta la oportunidad de que el usuario asiste por primera vez, el archivista debe hacer una nueva carpeta con un formato de historia clínica y previa identificación del usuario; luego la auxiliar de enfermería solicita al archivista la agenda con sus respectivas historias clínicas, firma el formato de entrada y salida de las historias y se las entrega al médico o profesional de la salud a quien les fueron asignadas las atenciones.	Historia clínica.			
3	Diligenciamiento de la historia clínica por personal asistencial.	Médico.	En la atención médica en el servicio de urgencia el usuario ingresa al área de atención, es valorado y se diligencia su historia clínica de urgencia. (excepto aquellos casos de reingreso al servicio de urgencias menor a 72 horas, siempre y cuando el usuario ingrese por la misma causa, para esto se debe solicitar la historia clínica de la última atención y continuar con el registro). Durante la atención del usuario la enfermera jefe revisa a través de la historia clínica el adecuado diligenciamiento y la calidad de la atención del usuario. En el servicio ambulatorio el médico hace valoración al usuario, si la atención es por primera vez diligencia la historia clínica de acuerdo al tipo de atención; si ya tiene historia, se diligencian nuevos registros adjuntándolos a la historia clínica del usuario.	Historia clínica, Registros específicos			
4	Revisar y foliar las historias clínicas.	Médico y Archivista.	La historia clínica debe estar ordenada cronológicamente de acuerdo con la atención dada al usuario, respetando el principio de orden original, evitando enumerar documentos en blanco, duplicados o documentos que no hagan parte de la historia clínica. Posteriormente enumerar en forma				

			consecutiva los tipos documentales que conforman las historias clínicas; igualmente los documentos que vayan alimentando la historia.		
5	Validación prestación del servicio.	Profesional universitario, Técnico Operativo, Contratistas encargados.	<p>En el servicio de urgencia una vez terminada la atención durante el egreso del usuario la auxiliar de enfermería lleva cada historia clínica a facturación para validar la prestación del servicio, el facturador verifica que el médico haya registrado la información de la atención y genera la facturación por la prestación del servicio. Esta entrega TODAS las historias clínicas relacionadas al jefe de enfermería; quien revisa la información y pasa al área de servicios de farmacia para descargos de medicamentos; de allí debe ser enviada al archivo. El tiempo estimado para esta actividad es de 72 horas.</p> <p>En el servicio de consulta externa la auxiliar de enfermería o delegado del jefe de enfermería, recibe las historias clínicas del profesional antes de irse del consultorio, revisa que el médico haya diligenciado bien los formatos y anexado los nuevos registros según la atención, las lleva de acuerdo al programa de la atención a la actualización de base de datos; luego las remite al archivo para su conservación. El tiempo estimado para esta actividad es de 24 horas.</p>	Auxiliar de enfermería, facturador jefe de enfermería.	
6	Recepción en archivo de la historia clínica.	Auxiliar de Enfermería o delegado de la Jefe de Enfermería - Archivista.	El responsable del archivo clínico recibe la historia clínica, la revisa cuidadosamente, diligencia el formato de entrada y salida de historias y firma.	Formato de entrada y salida de historias clínicas.	
7	Valoración del diligenciamiento de la historia.	Archivista.	Si la historia clínica no cumple con los requisitos para ser archivada, se devuelve al área respectiva, explicando las razones de la devolución y haciendo los registros respectivos.		
8	Clasificación documental de las historias clínicas.	Archivista.	Agrupar e identificar los documentos que hacen parte de una historia clínica, estableciendo relación entre los tipos documentales que pertenecen a un usuario en particular, teniendo como referencia el número del documento de identidad.	Historia clínica Registros Específicos Anexos.	
9	Depuración documental de las historias clínicas.	Archivista.	Seleccionar y sacar del expediente de historia clínica aquellos documentos que no hagan parte de la historia como son: documentos en blanco, duplicados, fotocopia de documento de identificación, carné.	Historia clínica.	
10	Orden del expediente de historia clínica.	Archivista.	<p>Realizar la apertura del expediente del usuario (historia clínica) en una carpeta y ordenar los documentos, aplicando el principio de orden original. Esto significa que el primer documento que aparece al abrir la carpeta es el primero que se produjo y el que aparece al final es el último que generó su atención, evidenciando un orden cronológico dentro del expediente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foliar • Identificar la carpeta en la pestaña con el número de identidad del paciente. • Ubicar el expediente completo en el respectivo archivador, teniendo en cuenta el lugar que le corresponda, de acuerdo al número de identidad del usuario. 	Historia clínica.	
11	Ubicación de la historia clínica.	Archivista.	Utilizar instrumentos de descripción documental que faciliten la localización, identificación y recuperación de las historias, las historias clínicas serán ubicadas en orden ascendente	formato único de inventario Guías.	


			<p>acorde al número asignado previamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventarios: formato único de inventario, se utiliza para tener control de los registros del archivo y realizar las transferencias documentales de un archivo a otro, igualmente del archivo de gestión al archivo central o histórico. En el inventario están los listados de los expedientes que ingresan al archivo de historias clínicas, este listado se realiza en una base de datos sistematizada, identificando el número de identidad, nombre del usuario, fechas de apertura y última atención, ubicación en la estantería. • Guía: método utilizado para facilitar la ubicación y el acceso de las historias clínicas, enumerando cada estantería, igualmente identificarlas por grupos de historias, estas guías deben enumerarse con los primeros cuatro o cinco dígitos de las historias que agrupan, ubicándolas en las estanterías de forma visible. 		
12	Transferencias y ciclo vital de la historia clínica.	Archivista.	Realizar revisión semestral (antes de finalizar el primer y segundo semestre de cada año) el inventario del determinando que historias ameritan ser transferidas acorde al manual de historias clínicas. Las transferencias se deben registrarse en el formato único de transferencias de la E.S. EVIDASINÚ.	Historia clínica.	
13	Eliminación de la historia clínica.	Archivista - Comité de Historias Clínicas.	El método utilizado para la eliminación documental es el picado, dejando constancia de este hecho, suscribiendo el acta de eliminación, en la que se relacionen los números de identificación y nombres de los usuarios cuyas historias se eliminarán. Esta acta debe ser firmada por el comité de historias clínicas de la E.S.E, quienes autorizan el procedimiento. Solo se podrá aplicar a la historia clínica que de acuerdo con lo establecido en el manual de historias clínicas.	Acta de eliminación.	
14	Verificar si el solicitante tiene acceso a la historia clínica.	Archivista, enfermera jefa y coordinador médico.	<p>Sólo podrán acceder a la información contenida en la historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El usuario. • El Equipo de Salud. • Las autoridades judiciales y de Salud (La superintendencia nacional de salud, direcciones seccionales, distritales y locales de salud, tribunales, juzgados, entre otros.) • Tribunales de Ética Médica • Policía Judicial: Por policía judicial se entiende la función que cumplen las entidades del estado para apoyar la investigación penal y, en ejercicio de las mismas dependen funcionalmente del fiscal general de la nación y sus delegados. 	Historia clínica	

15	Recibir la solicitud de préstamo y consulta de las historias clínicas.	Archivista.	<p>Recibir la solicitud formulada por el usuario interno o externo en la oficina del archivo de historias clínicas por cualquier medio, ya sea personal, escrito o telefónico, el servicio de consulta y préstamo de historias se hará en la jornada laboral que comprende desde las 7:00 a las 19:00 horas de lunes a viernes y los sábados de 7:00 a las 11:00 horas.</p> <p>Verificar que el solicitante este autorizado para la consulta o préstamo, sino se le informa al usuario el tipo de autorización que se requiere para acceder a las historias clínicas. (Ver manual de historias clínicas)</p>	<p>Formato de entrada y salida de historias clínicas.</p> <p>Formato de solicitud de historias clínicas.</p> <p>Copia de documento de identificación del solicitante.</p>	
16	Buscar la información solicitada.	Archivista.	<p>Ubicar el expediente solicitado, esta búsqueda se apoyará en los instrumentos de descripción como inventario documental, índice, registros o guías señalizadas. Ningún usuario tendrá acceso directo a los expedientes guardados en el archivo.</p>	<p>Inventario</p> <p>Índice</p> <p>Guías.</p>	
17	Préstamo y consulta de las historias clínicas.	Archivista Coordinador Médico Jefe de Enfermería Auxiliar de enfermería.	<p>Si la historia clínica es solicitada por otra oficina interna, la cual requiera consultar los originales, debe diligenciar el formato de entrada y salida y hacerlo firmar por la persona que recibe la historia, se le debe aclarar los tiempos de devolución tanto a la consulta como al préstamo, una vez cumplido este tiempo la historia deben ser devuelta inmediatamente al archivo.</p> <p>La persona o empleado que solicita el servicio de consulta en el archivo de la historia clínica debe contar con la previa autorización del Coordinador Médico o Jefe de enfermería de la UPSS, haciendo responsable a la persona de la integridad de la historia clínica mientras lleven a cabo su consulta, no pudiendo suprimir, sustituir o incorporar nuevos documentos en la misma.</p> <p>El préstamo de historia clínica para la atención al usuario debe hacerse a través de la agenda de citas médicas, y registrando la salida de la historia en el formato de entrada y salida de historias, en caso de citas prioritarias que no estén registradas en las agendas médicas se diligenciará el formato de entrada y salida de historias clínicas, firmando la auxiliar de enfermería responsable que recepcionar.</p> <p>Si el préstamo o consulta son hechas por personal externo a la empresa, en el caso de auditorías, estas deben estar autorizadas por el coordinador médico y acompañadas del funcionario encargado de recibir la auditoría.</p> <p>En el caso de ser estudiantes de convenios que se encuentren en la UPSS realizando sus prácticas educativas, los préstamos o consultas de las historias clínicas deben ser solicitadas y firmada la salida por la Enfermera Jefe. Está prohibido hacer y entregar copia de las historias a estudiantes.</p> <p>Se complementará la Solicitud de consulta y préstamo de la historia, a través del diligenciamiento del formato entrada y salida de historias clínicas, con sus respectivas firmas de entrada y salida.</p>	<p>Formatos de Préstamo, entrada y salida de documentos.</p>	

18	Reprografía (copia) de la historia clínica.	Archivista.	<p>Para solicitar copia de historias clínicas, el usuario, acudiente o el tercero autorizado por el usuario debe presentar copia de documentos de identidad y diligenciar el formato de solicitud de copia de historias clínicas de acuerdo a su necesidad, el funcionario de archivo verificará la identidad del usuario y prosigue a entregar copia de la historia en un tiempo estimado de 72 horas. (Ver manual de historias clínicas).</p> <p>En el caso de solicitud de historias clínicas por autoridades judiciales o de salud, el archivista no está en la facultad de entregar copia de historias clínicas sin la autorización del coordinador médico; solo recepcionar la solicitud y adjuntará las historias, que serán dirigidas a la sede administrativa y las copias serán entregadas en a radicar la solicitud.</p> <p>Los reportes de imágenes diagnósticas o de exámenes de laboratorio (originales) pueden ser entregados al usuario siempre y cuando se encuentren reportados e interpretados por el profesional de salud. Se realiza una anotación de constancia de entrega de reportes con fecha y hora con firma de recepción del usuario.</p>	Formato de solicitud de copias.	
OBSERVACIONES	<p>Disponibilidad de tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo para devolver las historias en calidad de consulta al archivo es de máximo 48 horas. • El préstamo en las UPSS tiene su plazo máximo en 24 horas. • Tiempo máximo para entregar las historias clínicas en urgencias es de 72 horas después de la atención. <p>No obstante, las unidades devolverán los documentos prestados en cuanto finalice la necesidad de disponer de ellos. Transcurrido dicho plazo, si es necesario prolongar la consulta de los documentos durante un periodo superior, se solicitará la prórroga del mismo, mediante registro en el formato de entrada y salida de historias clínicas indicando tal circunstancia en el mismo.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Organización de historias clínicas.			PD-GC-07	2
OBJETIVO	Establecer un procedimiento documentado para el manejo adecuado de las historias clínicas, brindando las herramientas que permitan el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la organización de las historias clínicas de la Empresa Social del Estado VIDASINÚ.						
RESPONSABLE	Médico o Profesional de la Salud, Archivista y Comité de Historias Clínicas.						
ENTRADAS	Historias clínicas, Registros Específicos, formatos de control de historias clínicas.						
PROVEEDORES	Todos los procesos asistenciales de la empresa y Facturación.						
SALIDAS	Historia clínica.						
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Clasificación documental de las historias clínicas.	Médico - Archivista.	Agrupar e identificar los documentos que hacen parte de una historia clínica, estableciendo relación entre los tipos documentales que pertenecen a un usuario en particular, teniendo como referencia las tablas de retención documental y el número del documento de identidad.		Historia clínica, Registros Específicos.		
2	Depuración documental de las historias clínicas.	Archivista.	Consiste en seleccionar y sacar del expediente de historia clínica aquellos documentos que no hagan parte de la historia como son: documentos en blanco, duplicados, fotocopia de documento de identificación, carnet, exámenes para-clínicos, imágenes diagnósticas.		Historia clínica.		
3	Orden del expediente de historia clínica.	Archivista.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la apertura del expediente del usuario (historia clínica) en una carpeta y ordenar los documentos, aplicando el principio de orden original. Esto significa que el primer documento que aparece al abrir la carpeta es el primero que se produjo y el que aparece al final es el último que generó su atención, evidenciando un orden cronológico dentro del expediente. Foliar. Identificar la carpeta en la pestaña con el número de identidad del paciente. Ubicar el expediente completo en el respectivo archivador, teniendo en cuenta el lugar que le corresponda, de acuerdo al número de identidad del usuario. 		Historia clínica.		
4	Descripción de la historia clínica.	Archivista.	<p>Utilizar instrumentos de descripción documental que faciliten la localización, identificación y recuperación de las historias.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventarios: formato único de inventario de inventario, se utiliza para realizar las transferencias documentales de un archivo a otro, igualmente del archivo activo al archivo central. Índice: listados de los expedientes que ingresan al archivo de historias clínicas, este listado se puede hacer en el programa de Excel, identificando el número de identidad, nombre del usuario, fechas extremas, ubicación en la estantería. Guía: método utilizado para facilitar la ubicación y el acceso de las historias clínicas, enumerando cada estantería, igualmente identificarlas por grupos de 		Formato Único de Inventario, Índice, Guías.		


			historias, estas guías deben enumerarse con los primeros cuatro o cinco dígitos de las historias que agrupan, ubicándolas en las estanterías de forma visible.		
5	Ciclo vital de la historia clínica.	Archivista.	<p>Evaluar constantemente el archivo determinando que historias ameritan ser transferidas del archivo activo o de gestión al archivo central o semiactivo y al histórico. Esta distribución puede hacerse en el mismo espacio físico, separándolas de manera que se distinga claramente las tres etapas del ciclo.</p> <p>Las transferencias se deben registrarse en el formato único de transferencias de la E.S. EVIDASINÚ.</p> <p>Nota: La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.</p>	Historia clínica.	
6	Eliminación de la historia clínica.	Archivista - Comité de Historias Clínicas.	<p>Solo se podrá aplicar a la historia clínica que de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Retención Documental y aplicando la normatividad vigente, ya han cumplido su tiempo total de conservación, esto es de 20 años después de la última atención.</p> <p>El método utilizado para la eliminación documental es el picado, dejando constancia de este hecho, suscribiendo el acta de eliminación, en la que se relacionen los números de identificación y nombres de los usuarios cuyas historias se eliminarán. Esta acta debe ser firmada por el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, quienes autorizan el procedimiento.</p>	Acta de eliminación.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GC	GESTIÓN DE DOCUMENTAL Y DE LAS COMUNICACIONES	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Apertura y diligenciamiento de historias clínicas.			PD-GC-08	2
OBJETIVO	Establecer un procedimiento documentado para el manejo adecuado de las historias clínicas, brindando las herramientas que permitan el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la organización de las historias clínicas de la Empresa Social del Estado VIDASINÚ.						
RESPONSABLE	Médico o Profesional de la Salud, Enfermera Jefe, Auxiliar de Enfermería, Archivista y Facturador.						
ENTRADAS	Historias clínicas, Registros Específicos, formatos de control de historias clínicas.						
PROVEEDORES	Todos los procesos asistenciales de la empresa y Facturación.						
SALIDAS	Historia clínica.						
CLIENTE	Usuarios, Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Oficializar ingreso del usuario a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud en el servicio de urgencias. Ingreso servicio consulta externa.	Facturador.	El usuario solicita atención, presenta su documento de identidad, se verifica sus derechos y admisiona registrando la información en la base de datos. Se verifica los derechos del usuario, se agenda y asigna la cita.	Admisión, Agenda Citas Médicas.	Base de datos CLINTOS.		
2	Agenda Citas Médicas.	Archivista - Auxiliar de enfermería.	El responsable del archivo a primera hora en la mañana solicita al Facturador la agenda de citas médicas del día siguiente, busca y anexa las historias clínicas que corresponden a dicha agenda, si se presente la oportunidad de que el usuario asiste por primera vez, el archivista debe hacer una nueva carpeta con un formato de historia clínica y previa identificación del usuario; luego la Auxiliar de enfermería solicita al archivista la agenda con sus respectivas historias clínicas, firma el formato de entrada y salida de las historias y se las entrega al médico o profesional de la salud a quien les fueron asignadas las atenciones.	Historia clínica.			
3	Evaluación o atención médica al usuario en el servicio de urgencia Servicio consulta externa.	Médico.	El usuario ingresa al área de atención, es valorado y se diligencia su historia clínica de urgencia. Excepto aquellos casos de reingreso al servicio de urgencias menor a 72 horas, siempre y cuando el usuario ingrese por la misma causa, para esto se debe solicitar la historia clínica de la última atención y continuar con el registro. El médico hace la valoración al usuario, si la atención es por primera vez diligencia la historia clínica de acuerdo al tipo de atención. Si es un usuario que ya tiene historia, ésta se recupera de archivo con anterioridad y diligencia los nuevos registros adjuntándolos a la historia clínica del usuario.	Historia clínica, Registros específicos.			
4	Diligenciamiento de la historia clínica.	Médico.	La historia clínica debe ser diligenciada en forma clara, legible, sin tachones, ni enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas, cada anotación debe llevar la fecha y hora de la atención médica, con nombre completo y firma del autor.	Historia clínica, Registros específicos.			
5	Registros cronológicos de las condiciones de salud del usuario.	Médico y personal asistencial (Enfermera Jefe y Auxiliar de enfermería).	Obligatoriedad del registro de observaciones, conceptos, decisiones y resultados de cada una de las atenciones realizadas, hallazgos, recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación del servicio, registrando la fecha de atención.	Historia clínica, Registros específicos.			

6	Registro de resultados Imágenes diagnóstica y Exámenes para-clínicos.	Médico.	Dejar constancia en la historia clínica con firma del paciente el reporte e interpretación de los exámenes e imágenes diagnósticas antes de devolverlos al usuario.	Registros específicos.	
7	Diligenciamiento de RIPS.	Médico o profesional de la salud, Enfermera Jefe o Auxiliar de enfermería y Facturador.	Diligenciar los registros individuales de prestación de servicios de salud en el momento de la prestación del servicio. Una vez terminada la consulta el médico o profesional de la salud los entrega al facturador para validar la prestación del servicio.	Formato RIPS.	Base de datos.
8	Identificación de las historias clínicas.	Médico y Archivista.	La identificación de las historias clínicas se hará de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad • Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años • Número de registro civil para los menores de siete años • Extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería • En caso que no exista documentos de identidad de los menores de edad, se utiliza el número de la cédula de la madre o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar. 		
9	Revisar y clasificar las historias clínicas antes de foliar.	Médico y Archivista.	La historia clínica debe estar ordenada cronológicamente de acuerdo con la atención dada al usuario, respetando el principio de orden original, evitando enumerar documentos en blanco, duplicados o documentos que no hagan parte de la historia clínica.		
10	Foliación de las historias clínicas.	Médico y Archivista.	Enumerar en forma consecutiva los tipos documentales que conforman las historias clínicas; igualmente los documentos que vayan alimentando la historia. La foliación debe hacerse con lapicero negro.		
11	Validación prestación del servicio.	Auxiliar de enfermería - facturador - jefe de enfermería.	Una vez terminada la atención la Auxiliar de Enfermería recoge las historias clínicas, las lleva a facturación para validar la prestación del servicio, el facturador verifica que el médico haya registrado la información de la atención y genera la facturación por la prestación del servicio; luego la Jefe de Enfermería audita que el Facturador haya validado bien la información. Si la historia amerita pasar al área de servicios de farmacia para descargos de medicamentos, se remite, de lo contrario es enviada al archivo. El tiempo estimado para esta actividad es de 72 horas; esto aplica para las historias producidas en el servicio de urgencia. En el servicio de consulta externa la Auxiliar de Enfermería o delegado de la Jefe de Enfermería, recoge las historias de los consultorios, revisa que el médico haya diligenciado bien los formatos (forma) y anexado los nuevos registros según la atención, las lleva de acuerdo al programa de la atención a la actualización de base de datos; luego las remite al archivo para su conservación. El tiempo estimado para esta actividad es de 24 horas		

12	Recepción en archivo de la historia clínica.	Auxiliar de Enfermería o delegado de la Jefe de Enfermería - Archivista.	El responsable del archivo clínico recibe la historia clínica, la revisa cuidadosamente, diligencia el formato.	Formato de entrada y salida de historias clínicas.	
13	Evaluación diligenciamiento de la historia.	Archivista.	Si la historia clínica no cumple con los requisitos para ser archivada, se devuelve al área respectiva, explicando las razones de la devolución.		
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo:		Cargo: Subdirector Administrativo y Financiero.		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad.		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.	

3.3.4. PROCESO GESTIÓN JURÍDICA

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO GESTIÓN JURÍDICA - CÓDIGO: PR - GJ	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Velar por el cumplimiento de la normatividad aplicable a la entidad, brindando oportuna asesoría en aspectos jurídicos y administrativos, y garantizar que la contratación de la E.S.E. Vidasinú se realice conforme a los requerimientos y a lo establecido por la ley.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Identificación de la necesidad de representación, solicitud de asesoría o necesidad de contratación de bienes y/o servicios. TERMINA: Legalización contractual, culminación de los procesos jurídicos.
----------------------	---


PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
JUNTA DIRECTIVA, GERENTE, FUNCIONARIOS DE LA ESE, USUARIOS, EPS, IPS, PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS, PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS, ENTIDADES GUBERNAMENTALES, ORGANOS DE CONTROL Y DESPACHOS JUDICIALES	Derechos de Petición, Proyectos de actos administrativos, Solicitudes de conceptos jurídicos, Informes de Gestión, Proyectos de acuerdos de junta directiva, requerimientos de entes de control. Revisión solicitud de disponibilidad presupuestal, revisión de estudios previos, Proyección términos de referencia, comité de contratación, Proyección de minutas contractuales, verificación de etapa post contractual. Notificaciones y traslados de demandas y tutelas, solicitudes de conciliación extrajudicial, comité de conciliación.		Respuesta a derechos de petición. Resoluciones y actas. Emisión de conceptos jurídicos. Informes de gestión. Acuerdos de junta directiva. Respuestas a requerimientos y/o informes a entes de control. Verificación de disponibilidad presupuestal. Verificación de estudios previos. Términos de referencia. Acta comité de contratación, Contratos, ordenes de prestación de servicios y ordenes de suministro. Actas de terminación y actas de liquidación. Contestación de demandas y tutelas. Celebración comité de conciliación.	JUNTA DIRECTIVA, GERENTE, FUNCIONARIOS DE LA ESE, USUARIOS, ENTIDADES GUBERNAMENTALES, ORGANOS DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL, DESPACHOS JUDICIALES, PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS


PLANEAR	HACER
Organizar los diferentes procesos de contratación, de acuerdo a las normas vigentes.	Dirigir el proceso contractual en todas sus etapas.
Adoptar el Manual de Indicadores y el tablero de control y seguimiento.	Elaboración y suscripción de Contratos, seguimiento y liquidación a los mismos.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Emitir conceptos jurídicos.
	Representar judicial y extrajudicialmente a la empresa.
	Tramitar y dar respuesta a los derechos de petición y solicitudes, demandas y tutelas.
	Realizar comité de conciliación.
	Responder requerimientos judiciales y de entes de control.
VERIFICAR	ACTUAR
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.

El cumplimiento del proceso pre contractual, contractual y post contractual.		Mejoramiento Continuo.	
Revisar y verificar los actos administrativos antes de su adopción.			
Verificar el cumplimiento de la normatividad legal vigente.			
Verificar la oportunidad en la contestación de las demandas, tutelas y requerimientos de entes de control y derechos de petición.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-GJ-01	Emisión de conceptos jurídicos	1.0	
PD-GJ-02	Atención de procesos judiciales	1.0	
PD-GJ-03	Cobro jurídico	1.0	
PD-GJ-04	Elaboración de contratos y convenios	1.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
Revisión de la documentación soporte para la asesoría o representación. Tiempos de tramitología y radicación de respuesta a los requerimientos. Seguimiento a los fallos proferidos. Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley. Lista de chequeo de cumplimiento de requisitos de cada contrato.	Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión de la Tecnología, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de la Información, Gestión de las Comunicaciones. Control interno.	HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Presupuesto anual; TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.	Documentos que soportan la ejecución del proceso como: Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan de Gestión Gerencial.
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Acuerdo No. 012 de 2008, Código Civil, Código de Procedimiento Civil, Código de Comercio, Código Penal, Código de Procedimiento Penal, Código Contencioso Administrativo, Código Sustantivo del Trabajo, Régimen del Empleado Oficial, Estatuto Tributario, Plan de Gestión, Plan Operativo, Plan de Acción, Plataforma Estratégica, Manuales de Funciones y Competencias, Manual de Calidad, Manual de Procesos y Procedimientos, NTCGP1000:2009, MECI 1000: 2005, SOGCSS. Jurisprudencias, conceptos y doctrinas	4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS 4.2.4. CONTROL DE REGISTROS 7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.4. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS 7.5.1. CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS 8.4. ANALISIS DE DATOS 8.5. MEJORA	(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN • COMPONENTE TALENTO HUMANO: - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: - Plan de Mejoramiento.	
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
I.TC.01	Proporción de contratación directa de la empresa en el periodo.		


I.TC.03	Respuesta oportuna a los derechos de petición.	
I.GDE.8	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas presentadas contra la entidad.	
	Oportunidad en la elaboración de los contratos.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. Vidasinú.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Jefe Oficina Asesora Jurídica.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre: SAUDY ARBOLEDA PETRO	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA
Cargo:	Cargo: Asesora Jurídica - Profesional de Apoyo Contratación Contractual.	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GJ	GESTIÓN JURÍDICA	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Acción de Tutela:	Mecanismo constitucional para reclamar la protección judicial inmediata de los derechos fundamentales.					
Acta:	Documento donde se consigna el resultado de las deliberaciones y acuerdos de cada una de las sesiones de juntas directivas, comités, cuerpos colegiados o reuniones.					
Acto Administrativo:	Es la formalización de la voluntad administrativa a través de la cual se toman decisiones de carácter general o particular.					
Acuerdo:	Acto administrativo emanado por la Junta Directiva, mediante el cual se adoptan las decisiones tomadas por el cuerpo colegiado.					
Asesor:	Profesional en el área del derecho que orienta la toma de decisiones referente a materias jurídicas.					
Comité:	Cuerpo representativo de los funcionarios de la empresa cuya función consiste en asesorar o participar en el proceso de toma de decisiones de la empresa.					
Concepto Jurídico:	Apreciación o juicio expresado en términos de conclusiones, sin efecto jurídico directo sobre la materia consultada, que sirve como simple elemento de información o criterio de orientación sobre las cuestiones planteadas por el consultante.					
Conciliación:	Mecanismo alternativo para solucionar conflictos, a través del cual las partes resuelven directamente un litigio con la intervención o colaboración de un tercero.					
Contrato:	Acuerdo de voluntades, verbal o escrito, manifestado en común entre dos o más partes, que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, capaz de generar derechos y obligaciones relativos.					
Defensa Judicial:	Gestión jurídica de los intereses de la E.S.E. Vidadasinú, ante los diferentes estrados judiciales.					
Resolución:	Acto administrativo mediante el cual se adoptan decisiones de carácter general o particular en el ámbito de competencia de la ESE.					


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GJ	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Emisión de conceptos jurídicos.			PD-GJ-01	1
OBJETIVO	Dar soluciones a interrogantes que se formulen frente a situaciones generales a través de la interpretación normativa o jurisprudencial, para garantizar seguridad y certeza jurídica a la dependencia que lo solicita.					
RESPONSABLE	Asesora Jurídica					
ENTRADAS	Solicitud del concepto jurídico					
PROVEEDORES	Normatividad y jurisprudencia para concluir cada caso					
SALIDAS	Concepto Jurídico					
CLIENTE	Las diferentes dependencias de la E.S.E. Vidasinú.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recibir y Radicar Solicitud de Concepto.	Secretaria	La secretaria recibe y radica la solicitud de concepto elevada por cualquier dependencia de la E.S.E. Vidasinú, la cual puede ser enviada a través de correo electrónico o medio físico.	Oficio de Solicitud de concepto		
2	Realizar Estudio del Concepto.	Asesora jurídica	Una vez recibida la solicitud, la secretaria hace entrega del mismo a la asesora jurídica, para su posterior estudio y emisión del concepto.	Solicitud de concepto		
3	Proyectar Concepto.	Asesora Jurídica	La asesora jurídica para dar respuesta a las solicitudes de conceptos jurídicos solicitados por las dependencias, acude a las fuentes formales, entendidas por tales, normas internas, nacionales, jurisprudencia y doctrina vigentes, aplicables al caso objeto de análisis doctrina vigentes.	Concepto		
4	Elaborar Tesis Jurídicas.	Asesora Jurídica	Con dicho insumo se elabora la tesis jurídica. Finalmente, se resumen las conclusiones utilizando un lenguaje menos técnico, que sea comprensible para el funcionario que de lectura al concepto.	Concepto		
5	Remitir concepto.	Asesora Jurídica	Una vez proyectado el concepto, se remite a la Dependencia solicitante para su interés particular, junto con la copia para obtener la firma de recibido.	Concepto		
6	Diligenciar Formato de Conceptos Emitidos.	Secretaria	Después de enviar el documento a la Dependencia solicitante, la secretaria diligencia el formato emitido por la oficina jurídica en el que se tiene en cuenta el número del oficio, fecha, destinatario, dependencia, tema, concepto jurídico y lugar de archivo.	Formato		
OBSERVACIONES	RIESGOS: - Imprecisión en conceptos emitidos.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre:		Nombre: SAUDY ARBOLEDA PETRO		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA		
Cargo:		Cargo: Asesora Jurídica - Profesional de Apoyo Contratación Contractual.		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GJ	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Atención de Procesos Judiciales.			PD-GJ-02	1
OBJETIVO	Establecer el procedimiento a seguir para adelantar los procesos judiciales en contra o a favor de la E.S.E. Vidadasinú.						
RESPONSABLE	Asesora Jurídica.						
ENTRADAS	Demandas que la ESE requiera interponer y las demandas que sean presentadas por terceras personas.						
PROVEEDORES	La constitución, las leyes, los decretos, resoluciones y demás normatividad vigente, así como jurisprudencia y doctrina.						
SALIDAS	La defensa judicial que se adelanta con la presentación de demandas o la contestación de las mismas.						
CLIENTE	La E.S.E. Vidadasinú y terceros que funjan como demandantes.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción, análisis, asignación y Radicación.	Secretaria y Asesora jurídica	Recibe la demanda y entrega al asesor jurídica. Analiza la demanda y dependiendo de la especialidad y complejidad de la misma, designa un abogado externo. Radica la Demanda en la base de datos de la Oficina Jurídica. Si se trata de una tutela se envía a la oficina correspondiente para que proyecte la respuesta en el término de un (1) día, para ser enviarla al juzgado competente dentro de los términos de ley.	Demanda / Tutelas			
2	Contestación de la demanda	Asesora jurídica o Abogado Externo	Presentar/Contestar demanda de acuerdo al procedimiento fijado por la Ley.	Escrito de la Demanda o contestación de la Demanda			
3	Seguimiento	Asesora jurídica o Abogado externo	Hace el seguimiento permanente al estado del proceso judicial, mediante visitas periódicas a los despachos judiciales. Presenta informes periódicos sobre este seguimiento. Ingresar la respectiva información en la base de datos de la Oficina Jurídica.	Control de procesos judiciales Registro Base de datos			
4	Audiencia de conciliación	Asesora jurídica o Abogado externo	Asiste Audiencia de Conciliación	Audiencia / Acta			
5	Fallos	Asesora jurídica o Abogado Externo	Apelación del fallo si es en contra de la ESE o pronunciamiento sobre la apelación interpuesta por la contraparte. Notificación sentencia de segunda instancia	Acta o Recurso			
6	Decisión de interposición de recursos	Asesora jurídica o Abogado Externo	Hace la presentación de los recursos extraordinarios en caso de proceder o pronunciarse sobre los recursos extraordinarios interpuestos. (Casación o revisión).	Acto Administrativo			
7	Seguimiento al fallo y verificación del cumplimiento	Asesora jurídica o Abogado Externo	Cumplimiento del fallo por parte de los responsables. Ejecuta las acciones pertinentes a cumplir por parte de la E.S.E. Vidadasinú como demandantes/demandados	N/A			
8	Acción de Repetición	Asesora jurídica o Abogado Externo	En el caso de ser necesario y viable, la E.S.E. Vidadasinú podrá adelantar la acción de repetición contra el responsable del perjuicio causado al ser vencida en una demanda.	Demanda de repetición			
9	Archivo	Asesora jurídica o Abogado Externo	Archivo de la actuación. Ingresar la respectiva información en la base de datos de la Oficina Jurídica.	Expediente Registro base de datos			

OBSERVACIONES	RIESGOS: <ul style="list-style-type: none"> • No llevar el control en el vencimiento de términos de un proceso, sus consecuencias pueden ser sancionatorias o pecuniarias. • Aplicación de conceptos basados en fundamentos jurídicos no vigentes. • Llevar indebidamente las etapas de procedimientos. • No seguimiento del debido proceso. • No unificación de criterios- aplicabilidad de conceptos diferentes basados en fundamentaciones jurídicas. 		
ELABORÓ Nombre: Cargo:	REVISÓ Nombre: SAUDY ARBOLEDA PETRO Cargo: Asesora Jurídica - Profesional de Apoyo Contratación Contractual.	APROBÓ Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GJ	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Cobro Jurídico			PD-GJ-03	1
OBJETIVO	Establecer el procedimiento para obtener mediante el ejercicio de la acción ejecutiva, por vía administrativa, el pago de prestaciones económicas a favor de la ESE, e igualmente normalizar y depurar la cartera.						
RESPONSABLE	Asesora jurídica o Abogado Externo.						
ENTRADAS	Facturas, contratos (soportes legales) y solicitud de gerencia del cobro jurídico, el poder especial.						
PROVEEDORES	Cartera, contratación y la Gerencia.						
SALIDAS	Demanda y/o conciliación.						
CLIENTE	Terceros.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Avocar conocimiento.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Recibe memorando que adjunta el título ejecutivo. Determina si las obligaciones prestan mérito ejecutivo y se le entregan al abogado para iniciar los procesos ejecutivos.	Memorando y anexos Auto avocando conocimiento			
2	Librar mandamiento de pago.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Dicta Auto de Mandamiento de Pago.	Auto mandamiento de pago			
3	Notificación.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Notifica al deudor de forma personal (10 días), por correo (15 días) y por aviso (15 días).	Citación o Aviso			
4	Medidas cautelares.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Decreta y práctica Medidas Cautelares.	Auto			
5	Verificación del cumplimiento del pago.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Si la entidad demandada solicita dar por terminado el proceso, ordenando su archivo y el levantamiento de las medidas cautelares. Caso contrario debe verificar si el demandado ha presentado reposición y/o excepciones al mandamiento de pago	Auto			
6	Excepciones.	Demandado	Presenta excepciones al mandamiento de pago dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación. Si, ir al paso número siete (7), en caso contrario ir al paso número ocho (8).	Oficio			
7	Práctica de pruebas	Asesora jurídica o Abogado Externo	Procede a practicar pruebas y verificar las excepciones en su totalidad. Aclaración: en caso de declarar probadas parcialmente las excepciones se continúan el trámite.	Auto de práctica de pruebas			
8	Seguir adelante con la ejecución o resolución de excepciones.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Si no se encuentra aprobada o se rechazan las excepciones de mérito propuesta por el ejecutado, se declara como tal y ordena continuar con la ejecución. Contra esta decisión procede recurso de ley una vez notificado. Vencido el término para que el ejecutado proponga excepciones y no lo hiciere, se ordena seguir adelante con la ejecución. Si se encuentran probadas, declara su prosperidad, y ordena la terminación del proceso.	Resolución Recurso de Reposición			
9	Liquidación de créditos y costas.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Se presenta la liquidación para que el ejecutado presente objeciones que estime necesarias. Si el ejecutado presenta objeciones o no, el juez las resuelve quedando en firme la decisión. Si el ejecutado no objeta, se aprueba la respectiva liquidación y quedando en firme decisión.	Liquidación Oficio Auto			

10	Avalúo de bienes.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Si existen bienes embargados se efectúa el evalúo de los mismos.	Avalúo	
11	Remate.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Efectúa el remate o adjudicación, dependiendo del éxito de las medidas preventivas.	Auto	
12	Terminación del proceso.	Asesora jurídica o Abogado Externo	Realiza el pago y termina el proceso ejecutivo ordenando el archivo del expediente.	Auto	
13	Archivo	Asesora jurídica o Abogado Externo	Se archiva el expediente de acuerdo a las tablas de retención documenta	Expediente	
OBSERVACIONES		RIESGOS: <ul style="list-style-type: none"> • Las facturas se encuentren sin recibido y radicación o en copia simple. • La entidad demandada ya hubiese cancelado las obligaciones y excepciones. • En el proceso no prospere las pretensiones solicitadas y en su defecto nos condenen en costas procesales. 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre: SAUDY ARBOLEDA PETRO		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA	
Cargo:		Cargo: Asesora Jurídica - Profesional de Apoyo Contratación Contractual.		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GJ	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Elaboración de Contratos y Convenios			PD-GJ-04	1
OBJETIVO	Este procedimiento tiene por objeto establecer las directrices para la Contratación de Bienes y Servicios externos, necesarios para el desarrollo económico y social de la E.S.E. Vidasinú, en procura de generar una mejor calidad de vida a los usuarios que acuden frecuentemente a esta Institución Hospitalaria. Así mismo pretende facilitar la participación de la Oficina de Apoyo Jurídico en las etapas precontractual, contractual y post contractual de los procesos que adelante la entidad mediante las diferentes modalidades de selección.					
RESPONSABLE	Asesor Jurídico, Jefe de Presupuesto.					
ENTRADAS	Etapa pre contractual, contractual y Postcontractual.					
PROVEEDORES	Jefes de Área.					
SALIDAS	Elaboración de minutas contractuales y/o convenios.					
CLIENTE	Terceros.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Presupuesto Oficial.	Técnico Administrativo de Presupuesto	Elaboración del Presupuesto estimado para compras y/o inversiones.	Presupuesto		
2	Estudio de Conveniencia y Oportunidad.	Jefe de área	Elaborar el Estudio Previo de la Contratación que se pretende adelantar de la necesidad de Contratación por parte de la dependencia u oficina responsable de los servicios requeridos.	Estudio Previo		
3	Determinación modalidad de Selección	Asesor Jurídico	Analizar de acuerdo con el presupuesto oficial y las condiciones técnicas de la Contratación requerida, que tipo de modalidad se debe implementar: contratación de mínima cuantía, contratación directa o Invitación pública.	Manual de contratación		
4	Solicitud de Cotizaciones - Invitación Pública	Asesor Jurídico	Procedimientos específicos para la contratación directa, para la urgencia manifiesta y para Invitación Pública.	Manual de contratación		
5	Verificación de contratista en lista restrictiva.	Oficial de cumplimiento.	Se le entrega al Oficial de Cumplimiento el Formato único de Conocimiento en inscripción del Cliente, Proveedor, Contratista, para Persona Natural como para Persona jurídica, diligenciado en su totalidad; a fin de, verificar estos en listas restrictivas para determinar la idoneidad de los aspirantes en términos de LA/FT.	Formato FR-GF-01 y FR-GF-02.		
6	Evaluación de propuestas por parte del Comité de Contratación para la adjudicación del contrato.	Asesor Jurídico	Proceder a la evaluación de las propuestas y/o ofertas presentadas.	Oficios de notificación manifestando cual fue la escogida y cual no		
7	Aprobación de las garantías requeridas y demás documentos.	Asesor Jurídico	Perfeccionamiento del contrato por parte del Contratista.	Resolución de aprobación de la garantía		
8	Certificación de Cumplimiento y vigilancia de la ejecución del contrato.	Funcionario designado por el Ordenador del Gasto	Supervisión del Contrato.	Informe de actividades, Informe de interventoría, Certificación.		
9	Adiciones en Valor o en Plazo, Otros modificatorios.	Supervisor del Contrato	Elaboración de modificaciones contractuales, si es necesario.	Oficio solicitud		
10	Sanciones Contractuales.	Asesor Jurídico	Hacer efectivas las sanciones contractuales, si es necesario.	Solicitud de sanción		

11	Acta de Terminación del Contrato.	Asesor Jurídico	Elaboración del Acta de Terminación del contrato.	Acta de terminación.	
12	Acta de Liquidación del Contrato.	Asesor Jurídico	Elaboración del Acta de Liquidación del Contrato cuando esta proceda.	Acta de liquidación	
OBSERVACIONES	RIESGOS: <ul style="list-style-type: none"> No cumplir el objetivo y meta propuesta, incumplimiento por parte del Contratista. 				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre: SAUDY ARBOLEDA PETRO		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA	
Cargo:		Cargo: Asesora Jurídica - Profesional de Apoyo Contratación Contractual.		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.3.5. PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL - CÓDIGO: PR - GA	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Establecer los procedimientos y acciones para la gestión ambiental, con el propósito de mitigar los impactos negativos y fomentar la protección del medio ambiente en relación con las actividades de funcionamiento de la E.S.E. Vidasinú.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Generación de residuos y necesidad de manejar, controlar y hacer seguimiento a los residuos generados. Formulación del Plan de Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares.
	TERMINA: Correcto manejo de residuos, informes de seguimiento, acciones de mejoramiento.


PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
USUARIOS, PROVEEDORES, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.	Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Programación de actividades de seguimiento y control de residuos hospitalarios y similares, Necesidades de manejo de residuos hospitalarios.		Informes y formatos de manejo, seguimiento y control de residuos hospitalarios y similares. Aplicación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.	USUARIOS, PROVEEDORES, TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.

PLANEAR		HACER
Formular el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la Empresa Social E.S.E. Vidasinú.		Manejo, control y seguimiento a residuos hospitalarios y similares.
Prever el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.		Esterilización.
Entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continua.		
VERIFICAR		ACTUAR
Evaluación y seguimiento al proceso.		Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
Cumplimiento de requisitos legales y normativos relacionados con la gestión ambiental.		Mejoramiento Continuo.
Existencia de soportes documentales de seguimientos y visitas de control y seguimiento ambiental.		
PROCEDIMIENTOS:		
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN
PD-GA-01	Manejo, control y seguimiento a residuos hospitalarios y similares.	1.0
PD-GA-02	Manejo, control y seguimiento a ropa sucia.	1.0


PD-GA-03	Manejo, control y seguimiento a Redes Hidráulicas.		1.0
PD-GA-04	Esterilización.		1.0
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
Seguimiento a las condiciones de manejo adecuado de residuos hospitalarios y similares. Seguimiento a las visitas de verificar las condiciones de calidad en el manejo de residuos hospitalarios y similares. Verificar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables.	Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la Tecnología, Gestión de las Comunicaciones, Gestión de la Información, Gestión de Recursos físicos.	HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Presupuesto anual; TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.	Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial, Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, SOGCSS, Decreto 2676 del 2000, Decreto 1669 del 2002, Ley 9 de 1979, Decreto 1594 de 1984, Demás disposiciones legales que regulan la materia.	4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS 5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION 7.1. PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO 8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS 8.4. ANALISIS DE DATOS 8.5. MEJORA	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
I.GA.01	Porcentaje de residuos destinados para incineración.		
I.GA.02	Porcentaje de residuos destinados a relleno sanitario.		
I.GA.03	Porcentaje de residuos con recolección y disposición adecuada.		
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. Vidasinú.			
REGISTROS	RESPONSABLES		
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Ingeniero Ambiental y Sanitario y/o Contratistas encargados.		

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ALFREDO RUBIO. Cargo: Medico Salud Ocupacional.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - GA	GESTIÓN AMBIENTAL	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Accidente ambiental:	Evento o circunstancia de origen natural o antropogénico que afecte directa o indirectamente el medio ambiente.					
Agentes nocivos:	Sustancias que liberadas en el medio ambiente en concentraciones inadecuadas significan un peligro para la biota.					
Impacto ambiental:	Cualquier cambio en el medio ambiente, sea adverso o benéfico, total o parcial como resultado de las actividades, productos o servicios de una organización.					
Medio Ambiente:	Entorno en el que opera una organización, que incluye aire, agua, suelo, recursos naturales, flora, fauna, seres humanos y su interrelación.					
PGIRHS	Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.					
Prevención de la contaminación:	Uso de procesos, prácticas, materiales o productos que evitan, reducen o controlan la contaminación, las cuales pueden incluir reciclaje, tratamiento, cambios de proceso, mecanismos de control, uso eficiente de los recursos y sustitución de materiales.					
Residuos hospitalarios:	Se consideran residuos hospitalarios infecciosos a todos los residuos generados en relación con el cuidado de pacientes (diagnóstico, tratamiento, inmunización o provisión de servicios médicos a seres humanos o animales, investigación y/o producción comercial de elementos biológicos que estén o puedan estar contaminados con agentes infecciosos, capaces de inducir una infección, representando un riesgo potencial para la salud de la población.					
Ropa sucia:	Se considera ropa sucia, toda la proveniente de la atención de pacientes que no contenga sangre o cualquier fluido corporal, ni material orgánico.					
Ropa contaminada:	La ropa contaminada es aquella que contiene sangre, líquidos corporales, secreciones o materia orgánica producto de la atención al paciente.					
Verificación:	Acto de revisar, inspeccionar, probar, comprobar, auditar, o de otra forma, establecer y documentar si los ítems, procesos, servicios, o documentos, están conformes con los requerimientos especificados.					

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GA	GESTIÓN AMBIENTAL	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo, control y seguimiento a residuos hospitalarios y similares.			PD-GA-01	1
OBJETIVO	Reducir y controlar el impacto ambiental interno y externo generado por el manejo de los residuos hospitalarios y similares en la E.S.E. Vidasinú.						
RESPONSABLE	Ingeniero Sanitario Ambiental y/o contratistas encargados.						
ENTRADAS	Formato Registro Hospitalario RH1, Recibo de entrega de residuos hospitalarios y similares, PGIRHS.						
PROVEEDORES	Todos los procesos misionales de la empresa.						
SALIDAS	Manejo adecuado de residuos hospitalarios y similares, informe consolidado anual de residuos hospitalarios similares.						
CLIENTE	Todos los procesos misionales de la empresa, procesos de apoyo, entidades de vigilancia y control ambiental.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Identificar y segregar en la fuente los residuos hospitalarios y similares.	Personal de servicios generales, personal encargado de cada área.	Seleccionando, Identificando y segregando en la fuente los residuos hospitalarios y similares.				
2	Recolectar los residuos hospitalarios y similares de acuerdo a las rutas establecidas en el PGIRHS.	Personal de servicios generales.	Recolectar los residuos hospitalarios y similares de acuerdo a las rutas establecidas en el PGIRHS.				
3	Disponer en el área de almacenamiento temporal de cada UPSS los residuos hospitalarios y similares.	Personal de servicios generales.	Disponer en el área de almacenamiento temporal de cada UPSS los residuos hospitalarios y similares.				
4	Entrega de los residuos hospitalarios y similares para transporte.	Personal de servicios generales.	Entregar los residuos hospitalarios y similares dispuestos en los almacenamientos temporales, a la empresa encargada del transporte de los mismos para su disposición final. En la zona urbana y rural, donde el acceso lo permita se realizará mediante la firma encargada de transportar los residuos, para los sitios de la zona rural donde no llegue el transporte, se establecerá un cronograma de recolección el cual se ejecutará a través del vehículo de la institución.	Formulario RH1, Recibo de recolección de residuos hospitalarios y similares.			
5	Enviar documentación de manejo y entrega de residuos hospitalarios y similares a Sub dirección Administrativa.	Director Operativo de Red.	Enviar documentación de manejo y entrega de residuos hospitalarios y similares a Sub dirección Administrativa.	Oficio, Formulario RH1, Recibo de recolección de residuos hospitalarios y similares.			
6	Recibir y radicar la documentación de residuos hospitalarios y similares.	Auxiliar administrativa - Sub dirección Administrativa al contratista, contratista encargado.	Recibir y radicar la documentación de manejo de residuos hospitalarios y similares. La empresa encargada del transporte y disposición final, envía consolidado de Residuos Hospitalarios y Similares.	Oficio, Formato RH1, Copia de Recibo de recolección de Residuos Hospitalarios y Similares de Empresa Contratista, Consolidado de RH1 de Empresa Contratista.			
7	Revisar y confrontar el consolidado de residuos hospitalarios y similares.	Sub dirección Administrativa y/o contratista encargado.	Revisar y confrontar los datos presentados en cada formato RH1 por las UPSS y un Consolidado de residuos hospitalarios y similares mensual de la Empresa contratista encargada de la prestación del servicio de transporte, almacenamiento, incineración y disposición final de estos residuos.	Oficio, Formato RH1, Copia de Recibo de recolección de Residuos Hospitalarios y Similares de Empresa Contratista, Consolidado de RHS de Empresa Contratista			


8	Programar visitas para verificación de condiciones de manejo de residuos hospitalarios y similares.	Sub dirección Administrativa y/o contratista encargado.	Programar visitas para verificación de condiciones de manejo de residuos hospitalarios y similares de acuerdo a lo establecido en plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la Empresa y verificación de condiciones de limpieza y desinfección de las áreas de almacenamiento temporal de las UPSS de la Empresa.	Cronograma de visitas - listas de chequeo de manejo de Residuos Hospitalarios y Similares.	
9	Informar a los jefes de cada UPSS de la programación de visitas.	Auxiliar Administrativa - Sub dirección Administrativa al contratista.	Informar a los jefes de cada UPSS mediante oficio la programación de visitas para verificación de condiciones de manejo de residuos hospitalarios y similares de acuerdo a lo establecido en plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la Empresa.	Oficio, Cronograma de visitas.	
10	Desarrollo de las visitas programadas en cada UPSS de la Empresa.	Sub dirección Administrativa y/o contratista encargado.	Realizar visita de Inspección Sanitaria y Ambiental a cada sede, verificando condiciones de manejo adecuado de residuos hospitalarios y similares diligenciando el formato de inspección.	Informe de visitas, Registro Fotográfico, Formato de inspección, Formato de limpieza y desinfección.	
11	Consolidar el Informe Final de las Visitas Programadas.	Sub dirección Administrativa y/o contratista encargado.	Entregar Informe Final de las Visitas Programadas de acuerdo a la información obtenida en las visitas a las UPSS.	Informe final.	
12	Entregar Informe Final de las Visitas Programadas a Gerencia, Sub dirección Administrativa.	Contratista encargado.	Entregar Informe Final de las Visitas Programadas a Gerencia, Secretaria General, Subgerencia de Salud e Investigación. Se entregan los informes a antes de Vigilancia y Control, según requisitos.	Oficio, Informe final.	
13	Implementación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para los casos que ameriten.	Contratista encargado.	Implementación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para los casos que ameriten, según procedimiento vigente.	Informe Final.	
14	Archivar documentación.	Auxiliar administrativa y/o contratista encargado.	Según procedimiento manejo de archivo de gestión.		
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ALFREDO RUBIO. Cargo: Medico Salud Ocupacional.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GA	GESTIÓN AMBIENTAL	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo, control y seguimiento a Redes Hidráulicas.			PD-GA-02	1
OBJETIVO	Controlar y vigilar eficientemente las condiciones de las redes hidráulicas en las aéreas asistenciales y administrativas de la E.S.E. Vidadasinú, a fin de evitar o reducir al máximo los riesgos de contaminación para disminuir daños en la salud nuestros Usuarios internos y externos.						
RESPONSABLE	Ingeniero Sanitario Ambiental y/o contratistas encargados.						
ENTRADAS	Formato de cloro residual, formato de limpieza y desinfección de tanques de almacenamiento de agua.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa y las áreas de trabajo.						
SALIDAS	Control y seguimiento de calidad de las redes hidráulicas de la empresa, informe final de condiciones de calidad de redes hidráulicas.						
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa y las áreas de trabajo.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Programar visitas para verificación de condiciones de las instalaciones hidráulicas y sanitarias en las UPSS de la Empresa.	Ingeniero Ambiental y/o Sanitario Contratista encargado.	Programar visitas para verificación de condiciones de calidad de las instalaciones hidráulicas y sanitarias de las UPSS de la Empresa.	Programa de visitas			
2	Informar a los jefes de cada UPSS la programación de visitas.	Ingeniero Ambiental y/o Sanitario Contratista encargado.	Informar a los jefes de cada UPSS la programación de visitas para verificación de condiciones de calidad de instalaciones hidráulicas y sanitarias de las UPSS de la empresa.	Oficio, Cronograma de visitas.			
3	Desarrollo de las visitas programadas en cada UPSS de la empresa.	Ingeniero Ambiental y/o Sanitario Contratista encargado.	Desarrollo de las visitas programadas en cada UPSS de la empresa. Verificar las condiciones de calidad de las Instalaciones red y Conexiones internas de acueducto. Verificar de Elementos para el control diario de Cloro Residual (Kit de Cloro) y pastillas de Cloración. Verificar dimensiones, accesorios, instalación, frecuencia de limpieza, desinfección y mantenimiento de tanques de Almacenamiento de agua. Verificar la existencia de artefactos sanitarios necesarios, separados por género, en buen estado y daños en las mismas Que produzcan un consumo elevado de agua. Verificar y llevar un control de m3/seg y precio consumido por Cada UPSS de la Empresa.	Informe de visitas, Registro Fotográfico, Formato de Verificación de condiciones Ambientales.			
4	Consolidar la información.	Ingeniero Ambiental y/o Sanitario Contratista encargado.	Consolidar la información recolectada en la visita de seguimiento y control de redes hidráulicas.	Informe Final.			
5	Implementación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para los casos que ameriten.	Ingeniero Ambiental y/o Sanitario Contratista encargado.	Implementación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para los casos que ameriten, según procedimiento vigente.	Informe Final.			
6	Entregar Informe Final de seguimiento de redes hidráulicas a Gerencia,	Ingeniero Ambiental y	Entregar Informe Final de seguimiento de redes hidráulicas a Gerencia, Subdirección administrativa y a entes de Vigilancia	Informe Final			

	Subdirección administrativa y a entes de Vigilancia y Control.	sanitario Contratista encargado.	y/o	y Control, según requisitos.		
7	Revisar y confrontar el consolidado de residuos hospitalarios y similares.	Sub dirección Administrativa y/o contratista encargado.		Revisar y confrontar los datos presentados en cada formato RH1 por las UPSS y un Consolidado de residuos hospitalarios y similares mensual de la Empresa contratista encargada de la prestación del servicio de transporte, almacenamiento, incineración y disposición final de estos residuos.	Oficio, Formato RH1, Copia de Recibo de recolección de Residuos Hospitalarios y Similares de Empresa Contratista, Consolidado de RHS de Empresa Contratista.	
OBSERVACIONES	El mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones hidráulicas y sanitarias es realizado por el personal encargado de las actividades de mantenimiento.					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: ALFREDO RUBIO. Cargo: Medico Salud Ocupacional.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GA	GESTIÓN AMBIENTAL	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Manejo de Ropa Hospitalaria			PD-GA-01	1
OBJETIVO	Proveer de ropa limpia y en condiciones de desinfección a los servicios de la ESE CAMU EL AMPAR que requieran de ella.						
RESPONSABLE	Enfermeras jefas, auxiliares de enfermería, auxiliares de servicios generales.						
ENTRADAS	Formato Registro de entrega y recibo de ropa a lavandería.						
PROVEEDORES	Servicios de consulta externa y urgencias.						
SALIDAS	Manejo adecuado de lencería hospitalaria, informe consolidado anual de residuos hospitalarios similares.						
CLIENTE	Todos los procesos misionales de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción y almacenamiento de ropa limpia.	Jefe de Enfermería, Aux de Servicios Generales.	La auxiliar de servicios generales recibe a la lavandería la ropa limpia e inventariada, se entrega a la enfermera jefe.	Formato de inventario ropa limpia; Manual manejo de ropa hospitalaria.			
2	Vestir camas y camillas de los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización y ambulancias.	Jefe de Enfermería, Aux de Enfermería.	Las auxiliares de enfermería solicitan a sus respectivos jefes de enfermería para a la ropa necesaria para su servicio.	Manual manejo de ropa hospitalaria.			
3	Retirar la ropa sucia o contaminada de camas o camillas.	Aux de Enfermería, Aux de Servicios Generales.	Las auxiliares de enfermería retiraran la ropa sucia o contaminada en el momento que se realice un cambio de paciente o en los horarios establecidos. Se clasifica la ropa si está sucia se coloca en el tanque verde dispuesto para este fin, si está contaminada se dispone en bolsas rojas selladas, estas deben tener un listado del contenido de ellas. En ambos casos se lleva al cuarto de ropa sucia, se dispone en el tanque correspondiente.	Manual manejo de ropa hospitalaria.			
4	Entrega de ropa sucia al personal de lavandería.	Aux de Servicios Generales.	La auxiliar de servicios generales entrega la ropa inventariada (contada y pesada) al servicio de lavandería. Se diligencia formato de control para entrega de ropa.	Manual manejo de ropa hospitalaria, formato de entrega de ropa			
5	Enviar documentación de manejo de ropa hospitalaria a Sub dirección Administrativa.	Jefe de enfermería	Enviar documentación de manejo de ropa hospitalaria a Sub dirección Administrativa, en forma mensual.	Formato de entrega de ropa.			
6	Revisar y confrontar el consolidado de ropa hospitalaria.	Sub dirección Administrativa.	Revisar y confrontar los datos presentados en cada formato por las UPSS y el reporte de lavandería.	Formato de entrega de ropa Factura de Empresa Contratista.			
7	Programar visitas de verificación para procedimiento de manejo de ropa hospitalaria.	Sub dirección Administrativa.	Programar visitas para verificación de condiciones de Segregación, recolección y almacenamiento de ropa hospitalaria sucia o contaminadas en áreas de almacenamiento temporal de las UPSS de la Empresa.	Cronograma de visitas - listas de chequeo.			


8	Consolidar el Informe Final de las Visitas Programadas.	Sub dirección Administrativa y/o contratista encargado.	Entregar Informe Final de las Visitas Programadas de acuerdo a la información obtenida en las visitas a las UPSS.	Informe final.	
9	Entregar Informe Final de las Visitas Programadas a Sub dirección Administrativa.	Encargado de estas visitas.	Entregar Informe Final de las Visitas Programadas a Subdirección administrativa, Subdirección científica.	Oficio, Informe final.	
10	Implementación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para los casos que ameriten.	Sub dirección administrativa, encargado del seguimiento a este proceso.	Implementación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para los casos que ameriten, según procedimiento vigente.	Informe Final	
11	Seguimiento a acciones de mejora.	encargado del seguimiento a este proceso.	Visitas de seguimiento y control a cada UPSS.	Planes de mejora, lista de chequeo, cronograma.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ALFREDO RUBIO. Cargo: Medico Salud Ocupacional.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - GA	GESTIÓN AMBIENTAL	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Esterilización			PD-GA-03	1
OBJETIVO	Garantizar una correcta esterilización de instrumental, material y elementos necesarios para brindar atención segura y con calidad a los pacientes en los servicios de salud de la E.S.E. Vidadasinú.						
RESPONSABLE	Auxiliares de Esterilización (Auxiliares de odontología, Auxiliares de enfermería).						
ENTRADAS	Manual de Buenas Prácticas de Esterilización, Resolución 2183 de 2004 MPS, Registro diario de esterilización, objetos reutilizables, objetos nuevos, objetos de un solo uso, objetos estériles despachados, pero no utilizados, elementos previamente utilizados en atención a pacientes.						
PROVEEDORES	Todos los procesos misionales de la empresa.						
SALIDAS	Registro diario de esterilización, elementos reutilizables nuevos, elementos de un solo uso, elementos estériles despachados, pero no utilizados, elementos previamente utilizados en atención a pacientes, los anteriores debidamente esterilizados según las normas, guías y protocolos aplicables.						
CLIENTE	Todos los procesos misionales de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Ubicar en la zona o central de esterilización los elementos a esterilizar, según corresponda.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista auxiliar enfermería.	de de Oral, de de	Para la esterilización en los consultorios, se ubican los elementos a esterilizar en la zona correspondiente. En el área de Esterilización deben recibir los elementos previamente utilizados en atención a pacientes y todos aquellos que requieran esterilización, enviados desde los diferentes servicios. Diligenciar el registro diario de esterilización.	Registro diario de Esterilización.		
2	Realizar la limpieza y descontaminación de objetos y elementos a esterilizar.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista auxiliar enfermería.	de de Oral, de	El instrumental se sumerge por 10 minutos en detergente trienzimático, se lava con abundante agua y con cepillo, según el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.		
3	Secar los equipos después de la limpieza y descontaminación.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista auxiliar enfermería.	de de Oral, de	Se debe secar cada equipo utilizando una toalla desechable absorbente, según el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.		
4	Utilizar desinfección de alto nivel en casos extremos en los cuales no se esterilice algún equipo.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista auxiliar enfermería.	de de Oral, de	Para desinfección de alto nivel se debe poner los equipos en glutaraldehído al 2% y dejar actuar mínimo por 40 minutos, según el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.		
5	Preparar el material y elementos que serán esterilizados.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista auxiliar enfermería.	de de Oral, de	Elaborar el material requerido en los diferentes servicios y que deba ser esterilizado. Empacar material y elementos a esterilizar en papel de uso médico. En bolsas para esterilización se colocará los conjuntos de instrumental básico de odontología inmerso en un paquete grande envuelto en tela o papel de uso médico para sitios como áreas de esterilización.	Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.		

			En los consultorios pequeños donde se tiene autoclave individual por área, no requiere este último tipo de empaque para sellado final.		
6	Identificar y rotular los paquetes a esterilizar.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista Oral, auxiliar de enfermería.	Rotular cada paquete con nombre del elemento o equipo médico, colocar una lista del contenido del paquete dentro del mismo, número de lote, fecha de esterilización, número de ciclo e identificación del esterilizador, fecha de caducidad, condiciones especiales de almacenamiento o manipulación cuando sean necesarias; nombre de la persona responsable del empaquetado y procesado.	Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	
7	Colocar indicador químico a la carga que será esterilizada.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista Oral, auxiliar de enfermería.	Para la esterilización en los consultorios se debe colocar un indicador químico por carga a esterilizar. En áreas de esterilización se coloca el indicador químico a los paquetes grandes que contienen el instrumental y/o equipos por servicios, por paquetes de apósitos, gasas y vendajes, por ropa de partos, y por equipo de partos.	Registro de monitoreo químico, Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización	
8	Realizar la esterilización en las autoclaves, según protocolo de bioseguridad y Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista Oral, auxiliar de enfermería.	Se utiliza autoclaves para esterilización a calor húmedo, en las cuales se selecciona el tiempo, temperatura y presión de acuerdo al tipo de elementos a esterilizar, según manual de buenas prácticas de esterilización y protocolo de bioseguridad. Fase de calentamiento: Se verifica el nivel de agua del equipo, que las llaves de esterilización, manejo y drenado estén cerradas, se manipula la llave para calentamiento hasta llegar a la presión de que sea correspondiente según tipo de esterilizador. Fase de exposición: Se cargan los elementos a esterilizar y se cierra la puerta durante el tiempo definido según el tipo de carga. Fase de enfriamiento: Se abre la llave del esterilizador y se espera hasta que el manómetro indique la presión en la cual es posible apagar el equipo. Se abre la llave de control para que baje la presión gradualmente y al llegar a cero se abre la puerta.	Registro de monitoreo físico, Protocolo de bioseguridad E.S.E. Vidasinú.	
9	Descargar el esterilizador.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista Oral, auxiliar de enfermería.	Al finalizar el ciclo de esterilización, los artículos de la carga pueden aún tener vapor que se condensaría si el artículo entra en contacto con una superficie más fría. Inmediatamente después de abrir el esterilizador se debe examinar la carga de forma visual sin tocar ningún artículo. Las cargas del esterilizador se deben retirar de la cámara y permitir que se enfrien y sequen antes de ser manipuladas. Esto se debe realizar en un área libre de corrientes.	Registro de monitoreo químico, Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	
10	Almacenar los equipos y elementos estériles según el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	Auxiliar de esterilización, Auxiliar de odontología, Higienista Oral, auxiliar de enfermería.	Almacenar los equipos y elementos estériles en un lugar que cumpla las condiciones estipuladas en el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	
11	Distribuir los equipos y elementos	Auxiliar de	En UPSS donde haya centrales de esterilización, se	Registro diario de	

	estériles requeridos para la prestación de los servicios, Según las solicitudes. Aplica para Centrales de Esterilización.	esterilización, Auxiliar odontología, Higienista auxiliar enfermería.	de Oral, de distribuyen y Transportan los equipos y elementos estériles a los servicios que los requieran. Diligenciar el Registro diario de esterilización. En los consultorios donde se esteriliza directamente, se mantienen los equipos y elementos estériles almacenados hasta su utilización.	esterilización, Protocolo de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	
OBSERVACIONES	<p>Periódicamente se colocará por cada autoclave un indicador biológico el cual irá dentro de una bolsa para esterilización y será expuesto al ciclo de esterilización conjuntamente con los demás Elementos o carga a esterilizar.</p> <p>Al finalizar el ciclo de esterilización se debe realizar embalaje del indicador biológico (que se encuentra dentro de la bolsa de esterilización) en una bolsa plástica o de papel debidamente marcada con Nombre de la UPSS, nombre del responsable, No de consultorio y No de autoclave y hora exacta en la que finalizó el ciclo de esterilización por el cual pasó el indicador. Debidamente embalado se envía en un tiempo máximo de 4 horas al laboratorio clínico donde corresponda, para la incubación y lectura del mismo. El resultado se entregará al tercer día después del envío ya que el periodo de incubación es de 48 horas. Una vez se decepcione la lectura del mismo, ésta deberá registrarse el formato de monitoreo biológico anexando el stiker del indicador.</p>				
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre: OBER REGINO ARIZAL. Cargo: Enfermero.</p>		<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.</p>		<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.</p>	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.3.6. PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO - CÓDIGO: PR - TH	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Administrar el Talento Humano de la E.S.E. Vidasinú para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios con personal idóneo y competente, y apoyando el desarrollo de sus competencias y el mejoramiento de las condiciones de trabajo que se reflejen en la calidad de la atención a nuestros Usuarios internos y externos.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Identificación de la necesidad de talento humano de la E.S.E. Vidasinú.
	TERMINA: Establecimiento de acciones de mejora cuando haya lugar.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.	Necesidades de talento humano, hojas de vida, formatos de evaluación de desempeño, escala salarial, solicitudes de descuento por libranzas, informes de actividades de contratistas, reportes de accidentes o enfermedad profesional, programación de inducción y reincidencia, necesidades de capacitación personal.		Actos administrativos, decretos de nombramiento, notificación de nombramientos, actas de posesión, personal con inducción y/o reincidencia preparado para desempeñar el cargo u objeto contractual, decretos y/o resoluciones de novedades, de vacaciones, licencias de maternidad. Actualización de la historia laboral. Planes de capacitación ejecutados, programa de salud ocupacional ejecutado, resultados de evaluaciones de desempeño, planes de mejoramiento. Nómina liquidada, pago de salarios y prestaciones sociales.	TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y DEMÁS PARTES INTERESADAS.

PLANEAR	HACER
Identificar necesidades y solicitudes de talento humano.	Vinculación de personal.
Realizar análisis y descripción de los puestos de trabajo.	Contratación de personal.
Planear actividades de: bienestar social, capacitación, incentivos, salud ocupacional, inducción y re inducción de los servidores públicos de la E.S.E. Vidasinú.	Inducción y reincidencia de personal.
Identificar y gestionar los recursos necesarios.	Liquidación de nómina.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios.	Convenios docencia de servicios.
	Reporte e investigación de accidentes de trabajo.
	Reporte de enfermedades de origen ocupacional.
	Elaborar informes a antes de control.
VERIFICAR	ACTUAR
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
Cumplimiento de requisitos según Manual de Funciones.	Mejoramiento Continuo.
Cumplimiento de requisitos según estudios previos para contratación de personal.	
Revisar y verificar los actos administrativos antes de su adopción.	

Verificar el cumplimiento de la normatividad legal vigente.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-TH-01	Vinculación de personal	1.0	
PD-TH-02	Contratación de personal	1.0	
PD-TH-03	Inducción y reintroducción de personal	1.0	
PD-TH-04	Liquidación de nómina	1.0	
PD-TH-05	Convenios docencia de servicios	1.0	
PD-TH-06	Reporte e investigación de accidentes de trabajo	1.0	
PD-TH-07	Reporte de enfermedades de origen ocupacional	1.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Soportes completos de hojas de vida de aspirantes y verificación de correspondencia con los requisitos establecidos en el Manual de Funciones. Soportes completos de hojas de vida y/o propuestas de aspirantes y verificación de correspondencia con los requisitos establecidos en los estudios previos para contratación.</p> <p>Realización de inducciones y reintroducciones al personal y su cobertura. Realización de capacitaciones al personal y su cobertura. Desvinculación de funcionarios.</p> <p>Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Gestión de la TIC's, Gestión de Recursos Físicos.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo;</p> <p>FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades;</p> <p>FINANCIEROS: Presupuesto anual;</p> <p>TECNOLÓGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.</p>	<p>Documentos que soportan la ejecución del proceso como: Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial, Plan de Capacitación Institucional.</p>
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, SOGCSS, Ley 443 de 1998 en el articulado que no fue derogado, Ley 909 de 2004, y sus decretos reglamentarios Decreto 1227 de 05 Decreto 1228 de 2005, decreto 760 de 2005, Decreto 770 de 2005, Decreto 785 de 2005, Decreto 1746 de 2006 Decreto 4968 de 2007, Estatuto Interno de Contratación, Normatividad de la Comisión Nacional del Servicio Civil, 5, , Decreto 1045 de 1978, normatividad del Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto 2539 del 2005, Decreto 2800 del 2003, Ley 1164 del 2007 modificada por la Ley 1438 de 2011, Resolución 1441 de 2013, Estatuto de bienestar social y demás normatividad aplicable.</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS</p> <p>5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA</p> <p>6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS</p> <p>6.2. TALENTO HUMANO</p> <p>6.2.1. GENERALIDADES</p> <p>6.2.2. COMPETENCIA, FORMACION Y TOMA DE CONCIENCIA</p> <p>7.1. PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO</p> <p>8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICION</p> <p>8.2.1. SATISFACCION DEL CLIENTE</p> <p>8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS</p> <p>8.4. ANALISIS DE DATOS</p> <p>8.5. MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	


INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
I.PGGA.01	Cumplimiento Plan Institucional de Capacitación.	
I.PGGA.04	Inducción al personal nuevo de planta.	
I.PGGA.05	Re Inducción al personal de planta.	
I.TRH.05	Aplicación de evaluaciones de desempeño a funcionarios.	
I.TH.03	Impacto de la capacitación.	
I.GA.4	Número de accidentes de trabajo gestionados durante la vigencia.	
I.PGGA.03	Cumplimiento Programa de Salud Ocupacional.	
I.G.06	Porcentaje de Accidentalidad Laboral.	
I.THD.01	Nivel de desempeño del servidor público.	
I.PGGA.02	Cumplimiento Programa de Bienestar Laboral.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Jefe de Talento Humano.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).	Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Diseposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	VERSIÓN	1
	DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO					
Accidente de Trabajo:	Se entiende por accidente de trabajo todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica o perturbación funcional permanente o pasajera, y que no haya sido provocado deliberadamente o por culpa grave de la víctima.					
Contrato de prestación de servicio profesionales:	Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimiento especializado. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable.					
Enfermedad profesional:	Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.					
Inducción:	Proceso dirigido a iniciar al emplead en su integración a la cultura organizacional de la E.S.E. Vidasinú.					
Liquidación:	Acción o efecto de liquidar; hacer el ajuste formal de una cuenta, pagarla enteramente o poner término a un estado de cosas.					
Nómina:	La nómina es el documento en el cual se consigna la información del empleado y todas las percepciones económicas a que tiene derecho, así como las deducciones que se hacen al salario, principalmente las de seguridad social.					
Periodo de prueba:	Período de prueba es la etapa inicial del contrato de trabajo que tiene por objeto, por parte del empleador, apreciar las aptitudes del trabajador, y por parte de éste, la conveniencia de las condiciones del trabajo.					
Provisional:	Se aplica cuando no es posible proveer de manera definitiva un cargo con empleados que reúnan los requisitos mínimos para su desempeño, o que sea necesario hacer una selección mediante el sistema de méritos y que no pueda efectuarse el concurso correspondiente.					
Reinducción:	Hace parte de un proceso progresivo de formación y aprendizaje de los empleados que actualmente hacen parte de la E.S.E. Vidasinú, ya que es indispensable para su desarrollo profesional.					
Salario:	Constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte, como primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, valor del trabajo suplementario o de las horas extras, valor del trabajo en días de descanso obligatorio, porcentajes sobre ventas y comisiones.					
Salario Mínimo:	Salario mínimo es el que todo trabajador tiene derecho a percibir para subvenir a sus necesidades normales y a las de su familia, en el orden material, moral y cultural.					
Salud Ocupacional:	Ciencia encargada de planear, organizar, ejecutar y evaluar las actividades de prevención, tendientes a preservar mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones.					
Vinculación de personal:	Proceso para el trámite de documentos, revisión de antecedentes y afiliaciones requeridas para la inclusión en planta de un nuevo funcionario, así como la metodología para que reciba la inducción institucional y en el puesto de trabajo.					


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Vinculación de Personal.			PD-TH-01	1
OBJETIVO	Proveer el recurso humano necesario para garantizar la prestación del servicio en cumplimiento de los objetivos de la E.S.E. Vidadasinú.						
RESPONSABLE	Profesional Universitario (Talento Humano).						
ENTRADAS	Cargos Vacantes.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Actos Administrativos de nombramiento y actas de posesión.						
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Identificar la necesidad de vinculación de personal.	Profesional Universitario Talento Humano, Jefes de áreas funcionales donde existe la vacante.	Identificar la necesidad de selección y vinculación de personal, a cargos vacantes.	Actos administrativos y oficios.			
2	Solicitar autorización y recepcionar hojas de vida de aspirantes al cargo.	Profesional Universitario de Talento Humano (Junta Directiva para el caso del Gerente).	<p>1.VINCULACION A LOS EMPLEO DE CARRERA: Se sigue lo señalado en la ley 909 del 2004, art. 7, 8, 9, 10 y 11 del decreto 1227 del 2005 y circulares, acuerdos y/o directrices de la CNSC así como las disposiciones que internamente se señalen (Para el caso de provisionales se sigue con la actividad No. 3 y siguientes)</p> <p>2. Si es para proveer el cargo del Gerente debe remitirse al Artículo 49 de la Ley 909 de 2004 donde se establecen los lineamientos para este tipo de empleos, así como a las directrices de la junta directiva y las normas que apliquen para este tipo de empleos en el sector salud (Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011).</p> <p>3. Si es para proveer un empleo de periodo fijo o de libre nombramiento y remoción de los niveles directivo, asesor o profesional, se solicita la hoja de vida y se pasa a la actividad No. 3 y siguientes.</p>	Hoja de vida, Manual de Funciones y decretos.			
3	Recepcionar las hojas de vida de los aspirantes al cargo.	Secretaria General.	<p>1. VINCULACION A LOS EMPLEO DE CARRERA: Según defina la CNSC.</p> <p>2. Para proveer el cargo del de gerente, las hojas de vida se recepcionarán de acuerdo al proceso estipulado por la Universidad escogida para la realizar el concurso de méritos.</p> <p>3. Para proveer un empleo de periodo fijo o de libre nombramiento y remoción de los niveles directivos, asesor o profesional, la hoja de vida será recepcionada en la Secretaria General de la ESE.</p>	Hoja de vida, libro de radicados.			
4	Revisar cumplimiento de requisitos según el cargo.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Revisar el cumplimiento de los requisitos según Manual de Funciones y Competencias Laborales con los respectivos certificados y los soportes de la hoja de vida, de acuerdo a los requisitos del cargo.	Hoja de vida, Manual de Funciones			

5	Citar a los aspirantes para aplicación de la prueba psicotécnica y entrevista.	Psicólogo contratista - Talento Humano.	Vía telefónica se cita al personal seleccionado, para la aplicación de las pruebas psicotécnicas y entrevista.		
6	Aplicar prueba psicológica.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Dar la bienvenida a los asistentes y explicar en qué consiste la prueba, entregar la prueba para su diligenciamiento. Preguntar si tienen dudas, caso en que se procede a despejar las inquietudes. Una vez terminada la prueba se procede a consolidar y analizar el resultado.	Formato de aplicación de prueba, formato de entrevista.	
7	Entrevistar a los aspirantes.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Entrevistar a los aspirantes al cargo, y consolidar resultado de la entrevista.	Formato de aplicación de prueba, formato de entrevista.	
8	Remitir resultados a gerencia para toma de decisiones.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Remitir resultados por escrito en donde se informa al gerente los resultados de la prueba y entrevista. si cumple o no con los requisitos de los cuales se selecciona una terna con los mejores perfiles.	Oficio	
9	Informar al seleccionado y solicitar documentación.	Profesional Universitario (Talento Humano).	En cualquiera de los casos de vacantes a ocupar, se informa vía telefónica a la persona que fue seleccionada para hacerle entrega del listado de documentos requeridos para el ingreso.	Listado de requisitos	
10	Elaborar Actos Administrativos de nombramiento.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Se verifica que la documentación requerida al seleccionado este completa y se procede a realizar la Resolución de Nombramiento.	Acto administrativo	
11	Notificar el nombramiento	Profesional Universitario (Talento Humano).	Una vez firmado por el gerente la Resolución de Nombramiento, mediante oficio se notifica al seleccionado del nombramiento.	Oficio	
12	Recepcionar oficio de aceptación o no al cargo del nombrado.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Conforme al contenido del acto administrativo el nombrado cuenta con 10 días para aceptar o no el cargo para el cual fue nombrado. En caso de aceptación del nombramiento, continuar con la actividad No 13, de lo contrario continuar con la actividad No 14.	Oficio	
13	Realizar acto de posesión.	Gerente, Profesional Universitario (Talento Humano).	Realizar la toma de juramento y firmar el acta de posesión por el Gerente y la persona seleccionada al cargo.	Acta de posesión	
14	Regresar a la lista de aspirantes seleccionados.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Se aplica el procedimiento desde la actividad No 8, para el siguiente aspirante en la lista de elegibles.		
15	Archivar documentación	Profesional Universitario (Talento Humano).	Según procedimiento manejo de archivo de gestión.	Carpeta de historia laboral.	


OBSERVACIONES		
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).	Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Contratación de Personal.			PD-TH-02	1
OBJETIVO	Garantizar el recurso humano para desarrollar actividades administrativas o misionales de la E.S.E. Vidasinú, cuando estas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados.						
RESPONSABLE	Profesional Universitario (Talento Humano).						
ENTRADAS	Estudio de conveniencia y oportunidad.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Contratos legalizados.						
CLIENTE	Todos los Procesos de la Empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Realizar Estudios Previos.	Jefes de áreas funcionales, dependencias o UPSS.	El Jefe del área funcional, dependencia o UPSS que tiene la necesidad de personal, formula el estudio donde se establezca la necesidad de contratación por falta de personal de planta o insuficiencia del mismo.	Estudio Previo.			
2	Gestionar la aprobación del estudio previo, por parte del Gerente.	Jefes de áreas funcionales, dependencias o UPSS, Profesional Universitario (Talento Humano).	Gestionar la aprobación del estudio previo, por parte del Gerente. Si es aprobado se continúa el procedimiento, de lo contrario se termina.	Estudio previo aprobado por Gerencia.			
3	Gestionar la expedición del certificado de disponibilidad presupuestal.	Jefes de áreas funcionales, dependencias o UPSS, Profesional Universitario (Talento Humano).	Gestionar la expedición del certificado de disponibilidad presupuestal según procedimiento vigente.	Estudio previo, solicitud de CDP, CRP.			
4	Recibir Hojas de vida.	Secretaria General.	Recibir Hojas de vida en la Secretaría General de la E.S.E. Vidasinú.	Hojas de vida.			
5	Revisar los requisitos de experiencia y competencias de las hojas de vida.	Oficina jurídica.	Revisar los requisitos de experiencia y competencia de las hojas de vida para verificar que el candidato cumple con lo requerido según estudio previo. Elaborar certificación de idoneidad.	Certificación de experiencia y competencia.			
6	Citar a los aspirantes para aplicación de la prueba psicotécnica y entrevista.	Psicólogo.	Vía telefónica se cita al personal seleccionado, para la aplicación de las pruebas psicotécnicas y entrevista. En caso de personal nuevo que no haya trabajado con la empresa mínimo un año antes de la vinculación. Si el personal viene trabajando se continúa en la actividad No. 11.				
7	Aplicar prueba psicotécnica	Psicólogo.	Dar la bienvenida a los asistentes y explicar en qué consiste la prueba, entregar la prueba para su diligenciamiento. Preguntar las dudas que tengan, se despejan las inquietudes. Una vez despejadas las dudas, se procede a realizar la prueba, terminada la prueba se procede a analizar el resultado.	Formato de aplicación de prueba, formato de entrevista.			
8	Verificar si el candidato cumple con los requisitos y competencias para el desarrollo del objeto contractual.	Jefes de áreas funcionales, dependencias o UPSS.	Verificar si el candidato cumple con los requisitos y competencias para el desarrollo del objeto contractual, mediante entrevista u otras pruebas. Informar a Talento Humano sobre la viabilidad o no de realizar la contratación.	Oficio			


9	Recibir comunicado en el cual se informa de la viabilidad o no de la elaboración del contrato.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Recibir comunicado mediante oficio informando la viabilidad o no de la elaboración del contrato. Según la viabilidad verificar si la persona es apta conforme al resultado de las actividades asignadas, se continúa el procedimiento, de lo contrario se regresa a la actividad No. 5.		
10	Elaborar la minuta contractual y revisarla.	Oficina de talento humano y oficina jurídica.	Elaborar la minuta del contrato conforme al estudio de conveniencia y oportunidad. Presentarlo a oficina jurídica para revisión.	Minuta contractual revisada.	
11	Gestionar la firma de la minuta contractual en la gerencia.	Oficina de talento humano y oficina jurídica.	Gestionar en forma personal la firma de la minuta contractual en la gerencia.	Minuta contractual firmada por el Gerente.	
12	Informar a la persona a vincular para la firma del contrato y la presentación de los requisitos de legalización.	Contratista técnico Administrativo de Talento Humano y oficina jurídica.	Informar a la persona a vincular, vía telefónica o personalmente (Cuando se encuentren en las instalaciones de la Sede Administrativa) para la firma del contrato y la presentación de los requisitos de legalización.	Minuta contractual firmada por el Gerente.	
13	Revisar documentos para legalización del contrato.	Técnico Administrativo de Talento Humano.	Revisar los documentos que se presentan para legalización del contrato, como la vigencia y validez de los mismos.		
14	Expedición del Registro Presupuestal.	Oficina jurídica.	Expedición del registro presupuestal según procedimiento vigente.	Registro Presupuestal.	
15	Gestionar la aprobación de las pólizas, cuando se requieran.	Oficina de talento humano, oficina jurídica y contratista.	Gestionar la aprobación de las pólizas, cuando se requieran mediante acto administrativo, firmado por el Gerente.	Aprobación de las Pólizas.	
16	Suscripción del acta de inicio.	Contratista, Supervisor del Contrato.	Una vez cumplidos los requisitos de legalización del contrato se procede a elaborar y suscribir el acta de inicio por parte del contratista y el supervisor del contrato.		
17	Archivar documentación.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Según procedimiento manejo de archivo de gestión.	Carpeta de historia laboral.	
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: EDWAR BERVEL.		Nombre: EDWAR BERVEL.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Inducción y Reinducción del Personal.			PD-TH-03	1
OBJETIVO	Fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional, desarrollando habilidades generales y de servicio público, suministrando información acerca de la función pública y de la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario (Talento Humano).					
ENTRADAS	Necesidad de Inducción a los funcionarios nuevos, o reinducción a funcionarios antiguos.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Personal con inducción y reinducción					
CLIENTE	Todos los Procesos de la Empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificar a los funcionarios que deben participar en inducción o reinducción.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Revisar el listado de funcionarios para identificar a los nuevos y a aquellos que no han participado en reinducción durante el último año. Relacionarlos para que asistan al próximo proceso inducción/reinducción.	Listado de funcionarios.		
2	Definir la temática de inducción o reinducción.	Psicólogo contratista, Profesional Universitario (Talento Humano).	Definir la temática de inducción o reinducción, organizar la presentación y metodología.			
3	Citar a los procesos de inducción o reinducción.	Psicólogo - Profesional Universitario (Talento Humano).	Citar a los procesos de inducción o reinducción, a cada uno de los funcionarios, indicando el lugar, fecha y hora de la actividad.	Circular, Oficios.		
4	Desarrollar la inducción o reinducción general.	Psicólogo contratista - Jefe de Talento Humano, Profesionales de áreas específicas.	La inducción, tiene por objeto iniciar al funcionario en su integración a la cultura organizacional, al sistema de valores de la entidad, familiarizarlo con el servicio público, instruirlo acerca de la misión, visión y objetivos institucionales y crear sentido de pertenencia hacia La E.S.E. Vidasinú. Se debe orientar sobre derechos y deberes de los Usuarios en la Empresa. La reinducción está dirigida a reorientar la integración del empleado a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en el Estado y sus funciones, en la entidad, en la dependencia donde labora y en su puesto de trabajo, para fortalecer el sentido de pertenencia e identidad de los funcionarios con respecto a la E.S.E. Vidasinú.			
5	Firmar el registro de inducción o reinducción.	Funcionario con inducción o reinducción.	Dejar constancia mediante firma del registro, que el funcionario cumplió la etapa de inducción o reinducción.	Listado de asistencia.		
6	Cuando el proceso es de inducción se continúa el procedimiento en la actividad No. 7, si es de reinducción pasar a la actividad No. 10.	Funcionario con inducción o reinducción.	Cuando el proceso es de inducción se continúa el procedimiento en la actividad No. 7, si es de reinducción pasar a la actividad No. 10.			

7	Integrar al trabajador en el equipo de trabajo, según el área en que se desempeñará.	Jefe inmediato, Tutor asignado.	En cada área donde vaya a desempeñar las funciones designará una persona para que lo oriente en sus funciones será como un tutor. El jefe inmediato del personal nuevo realiza la inducción en el cargo que va a desempeñar, explicándole las funciones específicas del cargo, según el Manual de Funciones; así como los procedimientos según el Manual de Procesos y Procedimientos. Presentarlo ante los compañeros.	Manual de funciones, Manual de Procesos y Procedimientos, Acta de inducción.	
8	Hacer entrega de los elementos a su cargo.	Jefe Inmediato, Almacenista General.	El Jefe inmediato del personal nuevo, junto con los responsables de Almacén entrega el puesto de trabajo, y aquellos elementos y equipos que utilizará en sus actividades.	Acta de inventario firmada por el nuevo funcionario.	
9	Remitir a Talento Humano los soportes generados en la inducción para archivo en la historia laboral.	Jefe inmediato.	Remitir a Talento Humano los soportes generados en la inducción para archivo en la historia laboral.	Acta de inducción.	
10	Archivar documentación.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Según procedimiento manejo de archivo de gestión.		
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Liquidación de Nómina.			PD-TH-04	1
OBJETIVO	Garantizar que la liquidación de nómina y prestaciones sociales del personal de la E.S.E. Vidadasinú se realice de manera oportuna y conforme a la normatividad aplicable.					
RESPONSABLE	Profesional Universitario (Talento Humano).					
ENTRADAS	Novedades mensuales de los funcionarios de planta de la E.S.E.					
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.					
SALIDAS	Personal con inducción y reintroducción					
CLIENTE	Todos los Procesos de la Empresa.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepcionar novedades de los funcionarios de nómina de la Empresa.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Recepcionar novedades de los funcionarios de nómina de la Empresa.	Reportes de novedades.		
2	Verificar y clasificar las novedades de los funcionarios de nómina de la empresa.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Verificar y clasificar las novedades como: incapacidades, descuentos, aportes al sistema de seguridad social, primas, bonificaciones por servicios, licencias ordinarias de los funcionarios, entre otras.	Reportes de novedades.		
3	Registrar novedades en el sistema.	Técnico Administrativo Talento Humano.	Registrar novedades en el sistema Excel y elaborar la nómina para revisión del Profesional Universitario de Talento Humano.	Pre-nómina.	Hoja de Excel / Nómina.	
4	Revisar nómina y dar visto bueno.	Profesional Universitario Talento Humano.	Revisar la nómina y dar visto bueno. Si es del caso solicitar los ajustes correspondientes antes de emitir el VoBo.	Pre-nómina con visto bueno.		
5	Anexar soportes y ajustar nómina (Cuando se requiera).	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Ajustar nómina en Excel, si el caso lo requiere y anexar los soportes.	Nomina definitiva, soportes de nómina.	Hoja de Excel / Nómina.	
6	Expedir Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal.	Técnico Administrativo de Presupuesto.	Expedir Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal, aplicando los procedimientos vigentes.	Formato Disponibilidad Presupuestal y de registro presupuestal.	ESPIRAL.	
7	Gestionar la revisión y firma de nómina.	Profesional Universitario Talento Humano	Gestionar la revisión y firma de nómina de Tesorería y Gerencia.	Nómina firmada por las partes.		
8	Remitir nómina y soportes a contabilidad para iniciar procedimiento de causación de gasto.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Remitir nómina y soportes a contabilidad para iniciar procedimiento de causación de gasto, con radicación en libro.	Nomina firmada y soportes.		
9	Generar desprendibles de pago y remitirlos a cada funcionario.	Auxiliar contable.	Generar desprendibles de pago en ESPIRAL y remitirlos a cada funcionario.	Desprendibles de pago generados.	ESPIRAL / Nómina.	
10	Archivar documentación.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Según procedimiento manejo de archivo de gestión.			
OBSERVACIONES						

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<p>Nombre: EDWAR BERVEL.</p> <p>Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).</p>	<p>Nombre: EDWAR BERVEL.</p> <p>Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).</p>	<p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.</p> <p>Cargo: Gerente.</p>
<p>Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años</p>	<p>Documento Original: Oficina de Calidad</p>	<p>Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú</p>

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Convenios docencia de servicios.			PD-TH-05	1
OBJETIVO	Establecer las directrices para identificar la pertinencia de establecer un convenio docencia - servicio, convenio de práctica y de cooperación, con una entidad educativa con el fin de facilitar espacios de práctica adecuados para el desarrollo de actividades docente asistenciales.					
RESPONSABLE	Subdirector científico.					
ENTRADAS	Solicitud de las entidades educativas para suscribir convenios docente asistenciales.					
PROVEEDORES						
SALIDAS	Convenios docente asistenciales suscritos, actas de seguimiento.					
CLIENTE						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS
1	Recepcionar las solicitudes de las instituciones educativas para suscribir convenios docente servicio.	Secretaria General.	Recepcionar las solicitudes de las instituciones educativas que manifiestan interés para suscribir convenios con la E.S.E. Vidasinú como escenario de prácticas.		Oficio de solicitud.	
2	Autorizar suscribir convenio docente servicio para escenario de prácticas de los estudiantes de la institución educativa que lo solicite.	Gerente.	Se estudia por parte de la E.S.E. Vidasinú si la institución educativa cumple con los requisitos para autorizarle escenarios de prácticas. Si no se autoriza el escenario de prácticas se continúa en la actividad 7.		Oficio de respuesta a solicitud.	
3	Se suscribe el convenio docente servicio entre las entidades.	Gerente E.S.E. Rector I.E.	Se suscribe el convenio docente servicio por parte de las personas autorizadas de la ESE y de la institución educativa.		Convenio docente servicio.	
4	Enviar cronograma de prácticas a la ESE para su autorización.	Institución educativa Subdirección científica Talento humano.	La institución educativa envía el cronograma de prácticas a la ESE para que esta lo estudie y apruebe. Si no se aprueba se envía oficio a la entidad educativa dando a conocer los motivos de la negativa para que se modifique cronograma y se vuelva a remitir a la ESE.		Cronograma Oficio de autorización.	
5	Iniciar prácticas en la ESE.	Docente acompañante Estudiantes Coord. UPPS.	Los estudiantes de las entidades educativas inician sus prácticas, si cumple con los requisitos establecidos en el convenio. Si el estudiante no cumple con perfil se envía oficio a la institución educativa.		Oficio.	
6	Evaluar convenio.	Comité docente servicio.	El comité docente asistencial evalúa trimestralmente el convenio suscrito y las actividades desarrolladas en virtud de estos.		Actas de comité.	
7	Archivar documentación.	Auxiliar Técnico de Talento Humano.	Según procedimiento manejo de archivo de gestión.			
OBSERVACIONES						
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Nombre: EDWAR BERVEL.		Nombre: EDWAR BERVEL.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.		
Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Cargo: Gerente.		
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú		


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL		
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO		MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo.				PD-TH-06	1
OBJETIVO	Garantizar una sistemática a seguir para registrar y analizar los accidentes de trabajo, e incidentes que se produzcan con el personal que trabaja en las diferentes áreas de la E.S.E. Vidadasinú, y de esta manera controlar los aspectos relacionados con la prevención de riesgos laborales, en cumplimiento de las normas vigentes.						
RESPONSABLE	Profesional Universitario Salud Ocupacional.						
ENTRADAS	Reporte de accidente, historia clínica, exámenes de laboratorio.						
PROVEEDORES	Reporte de accidente, historia clínica, exámenes de laboratorio.						
SALIDAS	Formato de reporte de accidentes de trabajo, informe de investigación.						
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Reportar accidentes de trabajo.	Persona Accidentada.	Informar al jefe inmediato de la ocurrencia y reportar accidentes de trabajo vía telefónica a la ARL, informar los datos personales, y los hechos del accidente.		Oficio de solicitud.		
2	Presentarse para atención en la IPS.	Persona Accidentada.	Presentarse para atención en la IPS correspondiente, Presentar el formato único de reporte de accidente de trabajo generado por la ARL.		Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo.		
3	Atención médica de la persona accidentada.	IPS que corresponda.	Atender a la persona accidentada.				
4	Entregar copia del Reporte de la ARP con los soportes de la Atención de Urgencias en Salud Ocupacional.	Persona Accidentada.	Entregar en la Oficina de Salud Ocupacional la copia del reporte de la ARL con una copia de la Historia Clínica de Urgencias, el formato único de accidente de trabajo, exámenes de laboratorio (si lo amerita), certificado de incapacidad (si lo amerita). Hacer firmar una copia como recibida. En caso de que se genere incapacidad, entregar copia en la Oficina de Talento Humano.		Historia Clínica de Urgencias, el formato único de accidente de trabajo.		
5	Concertar visita de investigación del accidente de trabajo.	Profesional Universitario en Salud Ocupacional.	El Profesional Universitario de Salud Ocupacional, contactará oficialmente o vía telefónica al jefe del área donde se presente el incidente o accidente de trabajo y al integrante del COPASO, y concertará la fecha y hora de visita para la investigación.		Oficio.		
6	Investigar el accidente de trabajo.	Profesional Universitario Salud Ocupacional, subdirectora administrativa, Integrante del COPASO.	Realizar la visita en conjunto con el equipo de investigación, a la persona accidentada, se le realiza una entrevista, se inspecciona el sitio de ocurrencia del accidente y se analizan las causas. Brindar orientación, educación y recomendaciones sobre cómo prevenir accidentes de trabajo. Diligenciar el formato de investigación de incidentes y accidentes de trabajo, y hacer firmar.		Formato investigación de accidentes y accidentes de trabajo.		
7	Elaborar informe del accidente de trabajo	Profesional Universitario - Salud Ocupacional.	Realizar un informe en el mismo formato de investigación de incidentes y accidentes de trabajo para ser presentado al COPASO.		Informe de accidente de trabajo (formato investigación de incidentes y accidentes de trabajo)		
8	Convocar a reunión a integrantes del COPASO.	Presidente de copaso.	Convocar mensualmente mediante oficio a reunión para presentación del informe de accidentes de trabajo.		Oficio.		
9	Desarrollo de la reunión para presentación del informe de accidentes de trabajo.	Presidente de copaso.	Instalación de la reunión, llamado de lista, lectura del acta anterior, revisión de compromisos anteriores, presentación del informe de los accidentes ocurridos, establecer compromisos para prevenir nuevos accidentes, definir los casos de		Acta de reunión.		

			accidentes de trabajo que requieren seguimiento, presentar resultados de seguimientos anteriores. Levantar acta.		
10	Realizar Control y seguimiento al cumplimiento de los compromisos.	Profesional Universitario - Salud Ocupacional.	Realizar control y seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en la reunión con COPASO mediante verificaciones, inspecciones, así como a los casos de accidentes de trabajo que lo requieren. Levanta acta de seguimientos o inspección.	Fotografías, Actas de inspección.	
11	Archivar la documentación generada.	Auxiliar administrativo - Salud Ocupacional. Contratista.	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.		
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ALFREDO RUBIO. Cargo: Profesional Universitario (Salud Ocupacional).		Nombre: EDWAR BERVEL. Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - TH	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Reporte de Enfermedades de Origen Ocupacional.			PD-TH-07	1
OBJETIVO	Orientar y acompañar a todo el personal de la E.S.E. Vidadasinú, sobre la forma de tramitar médica y administrativamente las enfermedades con presunción de origen laboral, con el fin de que se presente el reporte de la presunta patología a la ARL, de tal manera que los trabajadores afectados por dicha enfermedad puedan lograr de manera óptima un fácil acceso a los beneficios de la cobertura en el Sistema General de Riesgos Profesionales.						
RESPONSABLE	Profesional Universitario Salud Ocupacional.						
ENTRADAS	Formato de enfermedad profesional, exámenes, reporte de investigación.						
PROVEEDORES	ARL, EPS, Usuarios (Cliente interno), Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Calificación de Enfermedad de Presunto Origen Laboral, Acta de Seguimiento.						
CLIENTE	ARL, EPS, Usuarios (Cliente interno), Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Informar los pasos para reporte de la enfermedad de presunto origen ocupacional al personal de la Empresa.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Informar mediante circular, capacitaciones y asesorías, los pasos a que se deben seguir para el correcto reporte de la enfermedad de origen ocupacional al personal afectado.	Circular, Listados de Asistencia a Capacitaciones.			
2	Asistir a EPS para diagnóstico de enfermedad.	Funcionario afectado.	El funcionario afectado, debe acudir a la EPS correspondiente para que se defina el diagnóstico de su enfermedad.	Diagnóstico de enfermedad profesional.			
3	Presentar los soportes de la atención médica en la Oficina de Salud Ocupacional.	Funcionario afectado.	Presentar a la Oficina de Salud Ocupacional los soportes de la atención médica en que se indica que existe una enfermedad de presunto origen profesional.	Diagnóstico de enfermedad profesional.			
4	Solicitar a la EPS la calificación de la enfermedad de presunto origen laboral.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Solicitar oficialmente a la EPS que atendió al funcionario del caso, para que califique en primera instancia la enfermedad de presunto origen profesional.	Oficio.			
5	Recibir de la EPS la calificación de la enfermedad de presunto origen profesional del personal afectado.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Recibir de la EPS el documento que califica la enfermedad como de presunto origen profesional. De ser positiva la respuesta se continúa el procedimiento, de lo contrario se orienta al funcionario para que sea atendido dentro de las enfermedades generales.	Documento de calificación de enfermedad profesional.			
6	Gestionar y tramitar la calificación del origen de la enfermedad de presunto origen profesional con la ARP.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Gestionar y tramitar la calificación del origen de la enfermedad en segunda instancia ante la ARL al cual se encuentra afiliado el personal afectado mediante oficio, anexando los soportes del caso.	Oficio.			
7	Recibir de la ARL la calificación de la enfermedad del personal afectado.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Recibir de la ARL el oficio de calificación de la enfermedad profesional. Cuando se acepta que la enfermedad es de origen profesional, la ARL se hace cargo de los gastos y servicios requeridos conforme a la normatividad. En caso de ser negativa la respuesta, se convoca a Junta Calificadora.	Oficio calificación de enfermedad de presunto origen profesional			
8	Informar a la Asesora de Talento Humano sobre las recomendaciones dadas por la ARL.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Mediante oficio dirigido a la asesora de Talento Humano se informa de las recomendaciones dadas por la ARL, para que se tomen las medidas pertinentes.	Oficio			
9	Ejecutar las medidas pertinentes del caso, según recomendaciones de la ARL.	Profesional Universitario (Talento Humano).	Teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por parte de la ARL y el tipo de enfermedad presentada se procederá a reubicar al afectado a un área donde se garantice la disminución del riesgo, o reajustar sus condiciones de trabajo según las recomendaciones. Se legalizan los cambios mediante acto administrativo.	Recomendaciones de ARL, Acto administrativo.			

10	Verificar el desarrollo y la evolución del caso presentado.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Verificar el desarrollo y la evolución del caso mediante inspección y levantamiento de acta.	Acta de inspección.	
11	Archivar la documentación generada.	Profesional Universitario (Salud Ocupacional).	Según Procedimiento Manejo de Archivo de Gestión.		
OBSERVACIONES					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ALFREDO RUBIO.		Nombre: EDWAR BERVEL.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA.	
Cargo: Profesional Universitario (Salud Ocupacional).		Cargo: Profesional Universitario (Talento Humano).		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.3.7. PROCESO ATENCIÓN AL CIUDADANO (SIAU):

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 2.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO ATENCIÓN AL CIUDADANO (SIAU) - CÓDIGO: PR - AC	Resolución de Aprobación:

OBJETIVO: Atender con oportunidad y efectividad los requerimientos y expectativas de los Usuarios, de manera individual como colectiva, a través de una excelente gestión de PQRSF y la promoción de una atención oportuna y humanizada enmarcada en los derechos y deberes; a fin de, impactar satisfactoriamente en la prestación de los servicios de salud.


ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Necesidad de los usuarios, Percepción de los usuarios internos y externos sobre los servicios de salud que se ofrecen en la institución, PQRSF, encuestas.
	TERMINA: Usuario satisfecho, Usuario Informado, Análisis de causa, Usuarios con respuesta a las PQRSF.
	COVERTURA: Transversal a todos los procesos institucionales.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
USUARIOS, ALIANZA DE USUARIOS.	PQRSF del Usuario externo; Necesidad de evaluar la satisfacción de los Usuarios frente a los servicios, necesidad de escuchar al Usuario para la toma de decisiones sobre los servicios; Necesidad de conformar Alianzas de Usuarios y/o renovarlas.	 <p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.</p>	PQRSF atendidas con oportunidad y efectividad; Encuesta de Satisfacción (Diligenciada), Informe de satisfacción de Usuarios, Planes de Mejoramiento; Alianzas de Usuarios vigentes y con planes de acción ejecutados.	USUARIOS, ALIANZA DE USUARIOS, EPSS, ENTES TERRITORIALES, TODOS LOS PROCESOS DE LA INSTITUCIÓN, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL.


PLANEAR	HACER
Analizar e implementar estrategias para la atención a los Usuarios. Planificar procedimientos del sistema de información al usuario - SIAU.	Aplicación de mecanismos de escucha y medición de la satisfacción de los Usuarios.
Planificar Apertura de buzones.	Atención, Recepción, gestión, y requerimientos.
Programar reuniones de comité de Ética.	Gestión de peticiones, quejas y reclamos del Usuario o Cliente Interno.
Programar capacitaciones en temas propios de atención al usuario.	Apoyar la participación social a través de Alianzas de Usuarios.
Determinar mecanismos para identificar necesidades y expectativas de los clientes.	Gestión de peticiones, quejas y reclamos de Usuarios externos.
Proveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios en la prestación del servicio.	
VERIFICAR	ACTUAR
La validez de las PQRSF de Usuarios internos y externos.	Auditorías internas.
Verificar que las PQRSF se resuelven y se responden a los Usuarios.	Mejoramiento Continuo.
Vigencia de las alianzas de usuarios.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.

La correcta aplicación de mecanismos de escucha al usuario y de medición de la satisfacción.			
Seguimiento acciones correctivas, preventivas y/o de mejora.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-AC-01	Trámite y gestión a peticiones, quejas y reclamos de Usuarios externos.	2.0	
PD-AC-02	Mecanismos de escucha y medición de la satisfacción de los Usuarios.	2.0	
PD-AC-03	Participación social a través de Alianzas de Usuarios.	2.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
Métodos diseñados para conocer la percepción del Usuario. Encuestas de satisfacción. Recepción y respuestas a QSR. Cumplir los términos de respuesta de las peticiones, quejas y reclamos, estipulados por norma. Resultado de indicadores. Información que se brinda al Usuario sobre proceso de atención.	Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de las TIC, Tecnología, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Ambiental.	HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; Perfiles del Cargo Selección y contratación del Recursos Humanos Horarios de atención del personal asistencial. FISICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Recursos por venta de servicios, contratación con Aseguradoras; TECNOLOGICOS: Equipos y elementos biomédicos, Equipos elementos de cómputo. Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada bajo criterios de habilitación.	Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Protocolo de atención al Usuario; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial, legislación vigente.
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
Constitución Política de Colombia; Ley 100 de 1993; Decreto 1757 de 1994, Decreto 1011 de 2006 SOGCS; CIRCULAR EXTERNA 009 de 1996 SNS, CIRCULAR UNICA 047 de noviembre 7 de 2007, CIRCULAR UNICA 049 de abril 2 de 2008; NTCGP 1000:2009, MECI 1000:2005, demás normas aplicables sobre la materia.	4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE REGISTROS 5.2. ENFOQUE AL CLIENTE 5.3. POLÍTICA DE CALIDAD 7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.2.3. COMUNICACION CON EL CLIENTE 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA 8.2.1. SATISFACCION DEL CLIENTE 8.2.2. SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS 8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO 8.4. ANÁLISIS DE DATOS 8.5. MEJORA	(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN • COMPONENTE TALENTO HUMANO: - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: - Plan de Mejoramiento.	


INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
	Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a familiares y amigos.	
	Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios en las IPS.	
	Resolución 256 de 2016.	
	Indicador de quejas y reclamos.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. Vidasinú.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Coordinador de SIAU, Auxiliares SIAU y Dueños de Proceso.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA
Cargo:	Cargo:	Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AC	ATENCIÓN AL CIUDADANO (SIAU)	VERSIÓN	2
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Accesibilidad:	Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Incluye aspectos como el horario y los tiempos de espera.					
Actitud:	Disposición de una persona hacia algo o alguien. Es parecido al estilo y ambos pueden ser modificados.					
Atención Personalizada:	Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada, en función de sus características propias y sus problemas personales.					
Asertividad:	Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vistas de forma flexible, abierta, siendo amable y considerado con las opiniones de los demás, mostrando empatía y capacidad negociadora.					
Calidad:	Propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.					
Calidad Percibida:	Básicamente consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen sus usuarios. Incluye aspectos científico-técnicos, (fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia profesional...), aspectos relacionados con la relación y comunicación con los profesionales, (trato, amabilidad, capacidad de escucha, empatía, interés...) y aspectos sobre el entorno de la atención, (ambiente, decoración, comida, limpieza, etc.)					
Capacidad de Respuesta:	Hacer las cosas que se tienen que hacer a su debido Tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.					
Competencia:	Capacidad y aptitud para realizar una tarea o desempeñar unas funciones de manera correcta y adecuada. Es un componente de la calidad de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.					
Confidencialidad:	Es una característica de la relación profesional- usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.					
Empatía:	Es la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y transmitirlo, para que sepa que comprendemos su situación. Es uno de los rasgos de los profesionales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud más valorados por los usuarios.					
Expectativas:	Se refiere a aquello que los usuarios esperan encontrar cuando acuden a alguno de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. Las expectativas se conforman a través de las experiencias previas o del conocimiento de las experiencias de otras personas; también se forman por lo que dicen los medios de comunicación, así como por los mensajes que transmiten los profesionales de salud. Es muy importante no generar falsas expectativas, ya que ello puede provocar frustración e insatisfacción de los usuarios.					
Fiabilidad:	Hacer las cosas bien a la primera. No cometer errores. Es un componente de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.					
Garantía:	Acción, efecto de asegurar, conseguir y demostrar lo estipulado.					
Mejora:	Acciones encaminadas a incrementar la calidad de los servicios y, por tanto, a incrementar la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.					
Orientación al Usuario/ Paciente/ Cliente:	Se refiere a la forma en que están organizados los servicios. Los servicios prestados por la E.S.E. Vidasinú deben adaptarse a las necesidades e intereses de sus usuarios.					
Percepción:	Son las conclusiones que obtienen los usuarios sobre la forma en que se le prestan los servicios. Manera de sentir el servicio prestado.					
Profesional:	Son todos y cada uno de los funcionarios y contratistas que desarrollan su trabajo en la E.S.E Vidasinú: médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, personal administrativo.					
Queja:	Se entiende por queja la inconformidad manifestada por un usuario frente a la actuación de un funcionario o trabajador de las entidades aseguradoras o prestadoras de los servicios de salud, por causa o con ocasión del ejercicio irregular de sus funciones.					
Reclamo:	Se entiende por reclamo la solicitud de investigación por una irregularidad cometida por alguno de los actores del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias, y que deba ser conocida por esta Superintendencia.					
Satisfacción:	Estado en el que se encuentran los usuarios cuando al prestarles un servicio determinado quedan cubiertas sus expectativas, o incluso se les da algo más de lo que ellos esperaban encontrar.					
SIAU:	Sistema de Información y atención al Usuario.					
Usuario/ Paciente/ Cliente Externo:	Persona que utiliza, demanda y elige los servicios de salud. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en la E.S.E Vidasinú. Debe ser el eje y centro alrededor del cual se organizan las actividades del sistema de salud					
Usuario/ Paciente/ Cliente Interno:	Es importante considerar que nuestros consumidores son los clientes externos, pero también tenemos personas al interior de la empresa que requieren ser atendidos y satisfacer sus necesidades.					
Petición:	En el marco jurídico, la petición es un derecho que supone que toda persona puede acudir a las autoridades competentes por algún motivo de interés colectivo o general.					


Proveedores naturales:	Son todas aquellas personas naturales, nacionales o extranjeras, que quieren venderle al Estado. Tienen como función generar la oferta para la contratación estatal; todos los proveedores que quieran venderle al Estado deben haber realizado el procedimiento de inscripción en la oficina de presupuesto y posteriormente deben registrar los precios con los que ofertarán sus bienes y/o servicios
Proveedores jurídicos:	Son todas aquellas personas jurídicas, nacionales o extranjeras, que quieren venderle al Estado. Tienen como función generar la oferta para la contratación estatal; todos los proveedores que quieran venderle al Estado deben haber realizado el procedimiento de inscripción en la oficina de presupuesto y posteriormente deben registrar los precios con los que ofertarán sus bienes y/o servicios.

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AC	ATENCIÓN AL CIUDADANO (SIAU)	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Trámite y gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de Usuarios externos.			PD-AC-01	2
OBJETIVO	Dar trámite y gestión eficiente a las quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y solicitud de información que presenten nuestros Usuarios externos, para promover una atención oportuna y humanizada enmarcada en los derechos y deberes.						
RESPONSABLE	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU.						
ENTRADAS	Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias del Usuario externo.						
PROVEEDORES	Usuarios, Alianza de Usuarios.						
SALIDAS	Quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y solicitud de información atendidas con oportunidad y efectividad.						
CLIENTE	Usuarios y Familia, Alianza de Usuarios, EPSs, Entes Territoriales, Todos los procesos de la Institución.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Interposición de la PQRSF.	Usuario, Alianza de Usuarios.	<p>El Usuario tiene un acercamiento con nuestra institución y entrega su PQRSF (Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones); estas se canalizan, a través de los formatos de Recepción de Quejas, Sugerencia y Reclamos, los cuales se diligencian de forma correcta y se depositan en el Buzón de Sugerencias.</p> <p>En el caso de que la PQRSF se reciba por medios electrónicos, telefónicos, la persona que lo recibe debe diligenciar el formato antes mencionado y adjuntar los datos del Usuario, en caso de que éste así lo desee.</p> <p>Para ello se tiene disponible en cada unidad funcional, un Buzón de Sugerencias, en el que siempre están disponibles también formatos; a través de la página web, el Usuario puede también interponer su PQRSF.</p>		Formato de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos.		
2	Apertura de Buzón de Sugerencia.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU, Alianzas de Usuarios.	<p>Semanalmente se le da apertura a los Buzones de Sugerencias, para iniciar el análisis de las PQRSF y gestionar su solución.</p> <p>Para hacer posible la apertura a los Buzones de Sugerencias, es esencial que un delegado de la Alianzas de Usuarios este presente para generar transparencia en la apertura. A este, se le informara con anticipación a cerca de la apertura del Buzón de Sugerencias por vía telefónica; si el delegado de la Alianzas de Usuarios no se presenta, se pide a 2 personas que se encuentren en la sala de espera.</p> <p>Cumplida las condiciones, se procede dar apertura al Buzón de Sugerencias.</p>		Formato de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos (Extraído).		
3	Verificación y Clasificación de PQRSF.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU, Alianzas de Usuarios.	<p>Se verifica que los Formato de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos extraídos del Buzón de Sugerencias, se hayan diligenciado correctamente con: los datos generales del Usuario que presenta la PQRSF, Tipo de necesidad, servicio origen de la PQRSF, fecha de los hechos y medio por donde se presentó esta.</p> <p>Luego, se clasifican los Formato de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos, según la necesidad del Usuario.</p>		Formato de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos (Revisados).		
4	Levantamiento de Acta de Apertura Buzón de sugerencias.	Coordinador SIAU y Auxiliares SIAU.	<p>Una vez verificados y clasificados los formatos, se Radican las PQRSF y se levanta el Acta de Apertura Buzón de sugerencias, gestionándose las firmas respectivas; esto para darle soporte y transparencia al levantamiento de la información extraída del buzón.</p>		Acta de Apertura Buzón de sugerencias.		

5	Remisión de formatos de PQRSF a SIAU.	Auxiliares SIAU.	Remite en físico los Formatos de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos extraídos en la Apertura de Buzón de Sugerencia, a la Coordinación del SIAU, así como el Acta de Apertura Buzón de sugerencias, para dar inicio a la gestión de PQRSF.	Formato de Recepción de quejas, sugerencia y reclamos (Revisados), Acta de Apertura Buzón de sugerencias.	
6	Proyección y tipificación de respuesta a PQRSF.	Coordinador SIAU.	Realiza el análisis de los casos presentados a través de las PQRSF, e indaga los hechos con el personal involucrado, de acuerdo a los servicios objeto de estudio, así mismo tipifica si estas son un asunto jurídico o de calidad. Según la información obtenida, se proyecta la respuesta en un término de 5 (Cinco) días hábiles a partir de la fecha de radicación de la PQRSF, con fundamento en la información remitida, donde se realizó la investigación correspondiente. Para todos los casos, se debe hacer investigación del acto incurso.	Respuesta a PQRSF (Proyectada).	
7	Análisis y Validación de Respuesta de PQRSF.	Coordinador SIAU, Asesor Jurídico.	Si la PQRSF está relacionada con asuntos de calidad, SIAU responde. Pero si la PQRSF está relacionada con asuntos Jurídicos, en la Oficina de Jurídica se analizará la proyección de respuesta a PQRSF por parte del Coordinador de SIAU, y con base en este análisis se proyectará la respuesta a la parte interesada.	Respuesta a PQRSF (Analizada por Jurídica).	
8	Envío de respuestas de PQRSF.	Coordinador SIAU.	Se notifica a los Usuarios, a través de un oficio, las respuestas a las PQRSF presentadas, en un lapso de 15 (Quince) días hábiles contados desde la fecha de radicación la PQRSF; las respuestas se envían a través de una unidad de mensajería.	Respuesta a PQRSF (Entregada).	
9	Consolidación de la información de PQRSF.	Coordinador SIAU.	Consolida trimestralmente la información de PQRSF presentadas y contestadas. Este informe se remite a la Subdirección Científica y/o a la Oficina de Calidad, según sea el caso.	Informe de PQRSF.	
10	Archivo de información generada.	Coordinador SIAU, Aux de Archivo.	Archivar la documentación generada por la PQRSF, según procedimientos de Gestión Documental; esta información deberá permanecer 2 (dos) años en el Archivo de Gestión y 8 (Quince) años en el Archivo Central.		
OBSERVACIONES		<ol style="list-style-type: none"> 1. Toda persona tiene derecho de presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en la Ley, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución. 2. En caso de presentarse PQRS de manera informal o verbal, se debe diligenciar el formato respectivo en compañía del Usuario y depositarlo en el Buzón de sugerencias; en caso de que el usuario no desee diligenciar el formato se brindará la orientación y acompañamiento necesario. 3. Para PQR remitidas por otras instituciones se da trámite a partir de la Actividad No. 8 del presente procedimiento. 4. Cuando a raíz de una PQRS se requiera implementar acciones de mejora, estas se realizarán conforme al procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora correspondiente al proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua. 5. Se debe contar en la página web de la ESE con un link de recepción de quejas y reclamos de forma visible en la página principal. 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre:		Nombre:		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA	
Cargo:		Cargo:		Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - AC	ATENCIÓN AL CIUDADANO (SIAU)	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Mecanismos de escucha y medición de la satisfacción de los Usuarios.			PD-AC-02	2
OBJETIVO	Aplicar mecanismos de escucha a los Usuarios, para analizar y medir el grado de satisfacción y su percepción hacia la Empresa Social del estado ESE Vidadasinú y la prestación de sus servicios, con el fin de realizar el mejoramiento continuo.					
RESPONSABLE	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU.					
ENTRADAS	Necesidad de evaluar la satisfacción de los Usuarios frente a los servicios, necesidad de escuchar al Usuario para la toma de decisiones sobre los servicios.					
PROVEEDORES	Usuarios.					
SALIDAS	Encuesta de Satisfacción (Diligenciada), Informe de satisfacción de Usuarios, Planes de Mejoramiento.					
CLIENTE	Todos los procesos de la Institución, Entes Territoriales.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Diseño o ajuste de herramientas y/o Encuestas.	Coordinador SIAU y Auxiliares SIAU.	Se diseña o ajustan las herramientas de escucha y de medición de la satisfacción de los Usuarios, definiéndose los mecanismos para captar la información, según la población objetivo. promoviendo el uso de la página web, Buzones de Sugerencias, asambleas comunitarias, entrevistas informales a Usuarios, etc.			
2	Selección de Muestra.	Coordinador SIAU.	Define bajo muestreo estadístico, el tamaño de la población considerada como válida para la aplicación de los mecanismos de captura de información de los Usuarios, y remitir a los encargados del estudio.			
3	Aplicación de herramientas de captura de información y/o encuestas.	Auxiliares SIAU.	Realizar la encuesta al Usuario o familia, mediante la aplicación de los instrumentos de captura de información y/o encuestas, de acuerdo a las instrucciones impartidas. Se debe informar al Usuario sobre el objetivo del estudio a realizar.	Encuesta de Satisfacción		
4	Análisis de la Información.	Auxiliares SIAU.	Tabula los datos obtenidos, para facilitar el análisis de la información obtenida, describiendo los resultados detalladamente y proponiendo recomendaciones.	Datos tabulados.		
5	Presentación de Informe.	Coordinadora SIAU.	De acuerdo con los resultados del análisis anterior, se consolida el informe sobre el estudio adelantado, identificando las necesidades de los Usuarios y sus requerimientos, así como la satisfacción y percepción sobre los servicios recibidos (Tabla, Graficas, Datos). El informe se envía a la gerencia para revisión. El informe depende del alcance del estudio e instrumentos aplicados.	Informe de satisfacción de Usuarios.		
6	Seguimiento a planes de mejoramiento.	Coordinadora SIAU.	Una vez adelantadas las acciones de mejora pertinentes o planes de mejoramiento, se le hace el seguimiento respectivo según los hallazgos encontrados.	Planes de Mejoramiento.		
7	Archivo de información generada.	Coordinador SIAU y auxiliares SIAU.	Archiva la documentación generada según proceso de Gestión de Documental.			
OBSERVACIONES	1. Se debe adoptar los lineamientos del proceso de acuerdo a la metodología establecida por el Departamento de Planeación Nacional (DNP) en materia de atención al ciudadano.					

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - AC	ATENCIÓN AL CIUDADANO (SIAU)	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Participación social a través de Alianzas de Usuarios.			PD-AC-03	2
OBJETIVO	Fortalecer los espacios de participación social a través de la conformación y/o renovación de las Alianzas de Usuarios de las IPS de la Empresa Social del Estado ESE Vidadasinú						
RESPONSABLE	Coordinador SIAU.						
ENTRADAS	Necesidad de conformar Alianzas de Usuarios y/o renovarlas.						
PROVEEDORES	Usuarios, Comunidad en general.						
SALIDAS	Alianzas de Usuarios vigentes y con planes de acción ejecutados, Listados de Asistencia (Reunión Alianza de Usuarios), Acta de Conformación de las Alianzas de Usuarios.						
CLIENTE	Usuarios, Comunidad en general, Entidades de vigilancia y control.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Convocatoria para renovación de Alianza de Usuarios.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU, Prof. Univ. Comunicación Social.	Se convocar a la comunidad a la reunión de conformación y/o renovación de Alianzas de Usuarios para cada UPSS de la empresa, a través de oficios u otros medios tecnológicos de comunicación. Las comunicaciones de convocatoria serán conforme al procedimiento de comunicación pública vigente.				
2	Conformación de Alianza de Usuarios.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU.	Se desarrolla la reunión de conformación y/o renovación de Alianzas de Usuarios, realizando el respectivo registro de asistencia y lectura del Orden del día. Se brinda información general de la empresa, así como los derechos, deberes de los Usuarios y funciones que deben ejercer las Alianzas de Usuarios.	Listados de Asistencia (Reunión Alianza de Usuarios).			
3	Elección de representantes de las Alianzas de Usuarios.	Coordinador SIAU.	Los Usuarios y comunidad eligen democráticamente, los representantes de las Alianzas de Usuarios, mediante postulación y votación de los asistentes.				
4	Levantamiento de Acta de Conformación de las Alianzas de Usuarios.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU.	Se levanta el Acta de Conformación de las Alianzas de Usuarios, indicando los postulados y los resultados de la elección, y se diligencia libro de Actas de Alianza de Usuarios (Secretaría Salud Municipal). De esta forma se da a conocer los nuevos miembros que conforman la nueva Alianza de Usuarios.	Acta de Conformación de las Alianzas de Usuarios.			
5	Convención de planes de acción.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU.	Se concierta los planes de acción con las Alianzas de Usuarios conformadas o renovadas. En los planes se incluyen actividades de apertura de buzón de PQRSF, información de deberes y derechos a los Usuarios y a la comunidad en general, actualización de carteleras, apoyo a actividades programadas en las UPSS, entre otras.				
6	Capacitación de Alianzas de Usuarios.	Coordinador SIAU, Auxiliares SIAU.	Se capacita a las Alianzas de Usuarios, en temáticas correspondientes a los Planes de Acción y otros; Según el Manual de Alianza de Usuario.	Listados de Asistencia (Reunión Alianza de Usuarios), Manual de Alianza de Usuarios.			
7	Seguimiento a planes de acción.	Coordinador SIAU.	Verifica la ejecución de los planes de acción concertados, monitoreando el progreso y los resultados, según los las actividades y resultados proyectados.				
9	Archivo de información generada.	Coordinador SIAU.	Archiva la documentación generada según proceso de Gestión de Documental.				

OBSERVACIONES	Cada vigencia los miembros de las alianzas de usuarios deben participar de la Rendición de Cuentas de la ESE.		
<p style="text-align: center;">ELABORÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p style="text-align: center;">REVISÓ</p> <p>Nombre:</p> <p>Cargo:</p>	<p style="text-align: center;">APROBÓ</p> <p>Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA</p> <p>Cargo: Gerente.</p>	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.3.8. PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 1.0
	MACROPROCESO DE APOYO - CÓDIGO: MP - AP PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS - CÓDIGO: PR - RF	Resolución de Aprobación: Resolución No. 428 de 23 de diciembre de 2013

OBJETIVO: Gestionar la adquisición de los bienes e insumos necesarios para el funcionamiento de la E.S.E. Vidasinú, garantizando la calidad de los mismos y dando respuesta integral a los requerimientos del cliente interno y externo.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Plan de compras, solicitudes de suministros y materiales, solicitudes para dar de baja, denuncios o informes de pérdida o desaparición de elementos o bienes de la empresa.
	TERMINA: Despacho de los insumos y/o bienes solicitados según las necesidades requeridas por las diferentes áreas o servicios de la Empresa, Descargas de inventario para elementos dados de baja.

PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
INTERNOS: TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA. EXTERNOS: ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL, PROVEEDORES DE BIENES E INSUMOS Y POS.	Plan de Compras, Solicitudes de bienes e insumos, inventario de bienes muebles e inmuebles, especificaciones de bienes a contratar.	 <p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>¿Qué se hará?, ¿Por qué?, ¿Dónde?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuánto?.</p> <p>Ejecución de lo planeado, Recolección de datos necesarios, Documentación de todo lo realizado y lo que no se pudo hacer.</p>	Entrega de elementos a las áreas solicitantes, actualización de inventarios, comprobantes de ingreso o egreso de bienes o insumos a almacén.	INTERNOS: TODOS LOS PROCESOS DE LA EMPRESA, EXTERNOS: USUARIOS, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL.


PLANEAR	HACER
Analizar, clasificar y consolidar las prioridades de bienes e insumos.	Recepción e ingresos de bienes e insumos.
Proveer el recurso e infraestructura necesaria, bienes e insumos.	Egreso de elementos de almacén según corresponda: UPSS y área administrativa.
Entrenamiento del personal, inducción, re inducción, capacitación continua.	Egreso de elementos dados de baja por inservibles, innecesarios u obsoletos.
	Control de Inventarios.
	Mantenimiento preventivo y correctivo de bienes.
VERIFICAR	ACTUAR
Verificar bienes e insumos con facturas al ingreso.	Toma de Acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
Evaluación y seguimiento al Proceso.	Mejoramiento Continuo.
Verificar la correspondencia entre existencias físicas y bases de datos.	
Especificaciones técnicas y requisitos de los elementos a adquirir e ingresar a almacén.	


PROCEDIMIENTOS:

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN
PD-RF-01	Recepción e ingresos de bienes e insumos.	1.0
PD-RF-02	Egreso de elementos de almacén según corresponda UPSS.	1.0
PD-RF-03	Egreso de elementos dados de baja por inservibles, innecesarios u obsoletos.	1.0


PD-RF-04	Control de Inventarios		1.0
PD-RF-05	Mantenimiento integral hospitalario.		1.0
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
<p>Verificar la existencia o no de bienes, antes de la adquisición.</p> <p>Verificar especificaciones técnicas de elementos o bienes antes de iniciar orden de compra y luego antes de ingresar a almacén.</p> <p>Verificar que los elementos relacionados en la documentación y la factura que soporta el ingreso a almacén, corresponda con los que presenta el proveedor.</p> <p>Identificar los bienes o elementos con placas de inventario, antes de entregar a los solicitantes.</p> <p>Realizar verificación de control de inventarios.</p> <p>Verificar que existan las autorizaciones a que haya lugar para dar de baja, entregar en donación o comodatos.</p> <p>Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p>	<p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la Tecnología, Gestión de las Comunicaciones, Gestión de la Información.</p>	<p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo;</p> <p>FISICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades;</p> <p>FINANCIEROS: Presupuesto anual;</p> <p>TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software.</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.</p>	<p>Documentos que soportan la ejecución del proceso como: Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial, Plan de Compras.</p>
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
<p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, SOGCSS, Ley 598 del 2003, Resolución 5313 de 2002, Decreto 3512 del 2003 (SICE), Decreto 115 de 1996, Ley 819 de 2003, Ley 42 de 1993, Ley 298 de 1996, Resolución 354 de 2007, Resolución 355 de 2007, Resolución 356 de 2007, Resolución 357 de 2007, Decreto 1599 de 2005.</p>	<p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS</p> <p>5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA</p> <p>6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS</p> <p>7.1. PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO</p> <p>8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICION</p> <p>8.2.1. SATISFACCION DEL CLIENTE</p> <p>8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS</p> <p>8.4. ANALISIS DE DATOS</p> <p>8.5. MEJORA</p>	<p>(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS)</p> <p>MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE TALENTO HUMANO: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: <ul style="list-style-type: none"> - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. <p>MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Mejoramiento. 	

INDICADORES:		
CODIGO	NOMBRE	
I.R.F. 01	Porcentaje de actualización de inventarios propiedad planta y equipo.	
I.R.F. 02	Oportunidad en la entrega de insumos.	
I.R.F. 03	Porcentaje de equipos biomédicos en funcionamiento.	
I.R.F. 04	Porcentaje de cumplimiento a la prestación de servicio de mantenimiento biomédico y de infraestructura.	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. Vidasinú.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Subdirectora Administrativa y financiera y Almacenista.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL. Cargo: Almacenista.	Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Diseposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESOS	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - RF	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	VERSIÓN	1
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
Almacén:	Sitio dispuesto para el almacenamiento de bienes devolutivos y de consumo.					
Activo fijo:	Se encuentra constituido por aquellos bienes destinados al uso; es decir corresponde a los bienes que han sido adquiridos para hacer posible el funcionamiento de la Empresa Social del Estado E.S.E. Vidasinú.					
Bienes muebles:	En general bienes muebles son aquellos que pueden trasladarse de un lugar a otro sin menoscabo del inmueble al que estuvieran unidos.					
Bienes inmuebles:	Aquí podemos incluir terrenos, construcciones y bienes naturales.					
Comodato:	El comodato es un contrato por el cual una parte entrega a la otra gratuitamente una especie, mueble o bien raíz, para que haga uso de ella, con cargo de restituir la misma especie después de terminado el uso.					
Contrato:	Es un acuerdo de voluntades manifestado en común entre dos, o más, personas con capacidad (partes del contrato), que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca.					
Convenio:	Un convenio es un acuerdo de voluntades, una convención o un contrato que se celebra entre entidades del estado.					
Cotización:	Cotización es la acción y efecto de cotizar, poner precio a algo, estimar algo en relación con un fin.					
Baja de bienes:	Desincorporar un bien del Inventario.					
Devolución:	Entregar de nuevo los bienes o elementos que se habían asignado y que corresponden al inventario de la empresa.					
Elementos de consumo:	Son los que se consumen con el primer uso que se hace de ellos, o porque al agregarlos o aplicarlos a otros, se extinguen o desaparecen como unidad o materia independiente y entran a formar parte integrante o constitutiva de otros.					
Elementos devolutivos:	Son los que no se consumen con el primer uso que se hace de ellos, aunque con el tiempo y por razón de su naturaleza se deterioren.					
Hurto:	Consiste el delito de hurto en el apoderamiento ilegítimo de una cosa mueble, ajena en todo o en parte, realizado sin fuerza en las cosas, ni violencia o intimidación en las personas.					
Inventarios:	Por inventario se define al registro documental de los bienes y demás cosas pertenecientes a una persona o comunidad, hecho con orden y precisión. El inventario consiste en la relación detallada e individualizada del conjunto de bienes y derechos constitutivos y representativos del Patrimonio de la Empresa, así como aquellos que utiliza, sea cual sea el título jurídico por el que los posee, agrupados en función de su afinidad bajo una determinada cuenta contable, y que conduce a su descripción y valoración pormenorizada.					
Inservible:	Aquellos bienes que por desgaste, deterioro u obsolescencia no sirven para el servicio al cual fueron asignados y que tampoco son susceptibles de readaptación, reparación o reconfiguración para su uso.					
Obsoleto:	Bienes que aun estando en buenas condiciones físicas y técnicas no son requeridos por la Entidad para su funcionamiento.					
Placa:	Rótulo numérico de código de barras que identifica al activo.					
Orden de compra:	Una orden de compra es una solicitud escrita a un proveedor, por determinados artículos a un precio convenido. La solicitud también especifica los términos de pago y de entrega. La orden de compra es una autorización al proveedor para entregar los artículos y presentar una factura.					
Proveedores:	Proveedor es la persona o empresa que abastece con algo a otra empresa o a una comunidad. El término procede del verbo proveer, que hace referencia a suministrar lo necesario para un fin.					
Suministros:	Suministro es la acción y efecto de suministrar (proveer a alguien de algo que necesita). El término nombra tanto a la provisión de víveres o utensilios como a las cosas y efectos suministrados. A nivel económico, suministro es sinónimo de abastecimiento. Se trata de la actividad que se realiza para satisfacer las necesidades de consumo de una unidad económica.					

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - RF	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Recepción e ingresos de bienes e insumos.			PD-RF-01	1
OBJETIVO	Controlar cuantitativa y cualitativamente los Ingresos al almacén de la institución de los bienes devolutivos y de consumo, de tal manera que se verifique su conformidad, se almacenen de tal forma que se evite su deterioro y se garantice su suministro a la dependencia que lo solicite.					
RESPONSABLE	Almacenista.					
ENTRADAS	Documentos legalizados de adquisición de bienes: Facturas y contratos.					
PROVEEDORES	Contratistas - Todos los procesos.					
SALIDAS	Comprobantes de Ingreso o Entrada a Almacén - Factura entregada por el proveedor firmada.					
CLIENTE	Todos los procesos.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Solicitud de pedidos a proveedores.	Almacenista.	De acuerdo a las necesidades de la UPSS y del área administrativa, se realizan los pedidos por medio físico y correo electrónico los cuales deben llevar el visto bueno de la subdirección administrativa.	Formato de pedido a proveedores.		
2	Recepcionar los documentos necesarios que soportan el ingreso a Almacén.	Almacenista.	Recibir y radicar los documentos que soportan el ingreso de los elementos consumo y/o devolutivos, según la modalidad de ingreso.	Facturas y soportes requeridos por la institución.		
3	Coordinar la fecha de entrega por parte del proveedor.	Almacenista.	Coordinar vía telefónica/electrónica o medio físico con los proveedores la fecha de entrega de los elementos a almacén, con un periodo de dos días de anticipación.			
4	Verificar el ingreso de elementos a almacén.	Auxiliar Técnico Almacén/Regente de farmacia.	En presencia del proveedor el auxiliar técnico de almacén y/o la regente revisa la documentación legal que avala el ingreso de elementos a almacén y verifica que las solicitudes correspondan a la compra, que se encuentre dentro de las fechas de entrega previamente acordada, que las especificaciones sean las mismas entre solicitud, propuesta y contrato. Son consistentes las características, especificaciones técnicas, cantidad, unidades de medida, marcas, etc. según las requeridas. De ser correcta la verificación se continúa el procedimiento en el paso 6, de lo contrario se devuelve al proveedor inmediatamente.	Contratos, Facturas y Formato de Solicitudes por área.		
5	Recibir físicamente del proveedor los elementos de consumo y devolutivos en Almacén.		Recibir físicamente del proveedor los elementos en Almacén, se verifica que lo facturado corresponda con cada elemento que se recibe.			
6	¿Es un elemento devolutivo?	Almacenista - Auxiliar Técnico Almacén.	SI: Continuar procedimiento en actividad No. 7 NO: Continuar procedimiento en actividad No. 8	Factura.		
7	Remitir informe de elementos para inclusión en pólizas de seguro.	Almacenista.	Todos los bienes devolutivos que se relacionen en las facturas entregadas a subdirección administrativa y financiera que requieran de póliza de seguros deberán ser incluidos de manera inmediata en esta.	Reporte o Informe de elementos para inclusión en pólizas de seguro.		
8	Firmar la factura presentada por el proveedor.	Almacenista.	Firmar la factura que presenta el proveedor una vez se reciba a conformidad y satisfacción todos los elementos. La factura en copia se entrega al proveedor.	Factura firmada como recibido a conformidad.		
9	Ingresar los elementos al Software de	Auxiliar Técnico	Con la factura, se ingresan los elementos al sistema,	Contratos, Órdenes de		


	almacén.	Almacén.	asignando el respectivo código de catálogo. Los elementos que se ingresan se deben clasificar en de consumo, consumo controlado, devolutivos y elementos en comodato. Imprimir Comprobante de Ingreso o Entrada.	compra, Formato de Solicitudes por caja menor, Factura.	
10	Revisar y firmar el comprobante de ingreso o entrada a almacén.	Almacenista.	Revisar y firmar el comprobante de ingreso o entrada a almacén, verificando con la factura los valores, cantidades y elementos.	Comprobante de Ingreso o Entrada a almacén firmado.	
11	Envío de factura a subdirección administrativa para el respectivo proceso contable.	Almacenista-Auxiliar Técnico Almacén.	Ingresada la factura al software de almacén, se envía con el comprobante de ingreso firmado por el almacenista a subdirección administrativa y financiera para su respectivo proceso contable y legal con el fin de legalizar el pago.	Contratos, Órdenes de compra, Formato de Solicitudes por caja menor, Factura, Comprobante de Ingreso o Entrada a almacén.	
12	Archivar la documentación generada.	Auxiliar Técnico Almacén.	Archivar la documentación generada, según procedimientos de Archivo y Correspondencia.	Documentos del procedimiento.	
<p>OBSERVACIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La modalidad de Ingreso a Almacén es por Compra (Orden de Compra o Contrato), Caja menor, Comodato y Transferencia. 2. En contratos se incluyen la compra venta, suministros, transferencia y comodato. 3. Para la recepción de insumos de laboratorio, medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos se deben aplicar los procedimientos de Gestión del Servicio Farmacéutico. 4. En la transferencia o comodato, si el elemento es nuevo y no relaciona factura o valor unitario se hace la valoración por intermedio de cotización a precio comercial de mercado, y con este valor se ingresa a almacén. 5. En transferencia o comodato, si el elemento es Usado se hace un estimativo de acuerdo a valores históricos o con concepto de un perito cuando sea necesario. 6. En caso de que no sea posible acceder al sistema de información de la empresa se llevara un registro manual de recepción de documentos y elementos utilizando el kardex manual, el cual será diligenciado por el técnico administrativo con acompañamiento del Encargado de Bodega. Una vez se normalice el sistema se realizarán las entradas correspondientes. 7. Los Encargados de las Bodegas levantarán semanalmente un inventario en los formatos con que cuenta almacén. 8. Los ingresos por transferencia o comodato se deben realizar a través de un acto administrativo o contrato, en el que se deben relacionar los bienes con sus respectivos valores, y se suscribirá un acta de entrega y recibo entre las partes. 					
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL. Cargo: Almacenista.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - RF	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Egreso de elementos de almacén según corresponda UPSS.			PD-RF-02	1
OBJETIVO	Controlar cuantitativa y cualitativamente los egresos o salidas de elementos de consumo y devolutivos, según los requerimientos de la E.S.E. Vidadasinú.						
RESPONSABLE	Almacenista.						
ENTRADAS	Orden de pedido.						
PROVEEDORES	Procesos de Apoyo, Solicitud de elementos.						
SALIDAS	Comprobantes de salida de almacén firmados por quien recibe.						
CLIENTE	Todos los procesos.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción orden de pedido.	Almacenista, Auxiliar Técnico Almacén.	Recibir la orden de pedido de bienes y/o elementos realizados por cada una de las UPSS y área administrativa, según las necesidades y prioridades de cada uno de estos, los cinco primeros días hábiles de cada mes en la oficina de almacén a través de medio físico o electrónico; las urgencias de forma semanal.	Formato de pedido a almacén.			
2	Revisión orden de pedido.	Sub Administrativa, Almacenista, Auxiliar Técnico Almacén.	Se revisan los pedidos realizados por las unidades prestadoras de servicios y área administrativa; acorde al histórico y al inventario, se autorizan las cantidades y se procede al empaque.				
3	Empaque de pedidos autorizados.	Auxiliar Técnico Almacén.	De acuerdo al orden en que se reciben las solicitudes de pedidos, se procede a su respectivo empaque y organización para posteriormente ser entregados teniendo en cuenta las cantidades autorizadas.				
4	Elaborar comprobantes de egreso de almacén.	Almacenista, Auxiliar Técnico Almacén.	Elaborar en el software de almacén o en una tabla de Excel, el comprobante de egreso en donde se relacione cada uno de los elementos ya sea de consumo o devolutivo, el cual debe legalizarse con la firma del almacenista y la firma de recibido del jefe de cada área respectiva.	Comprobante de salida de almacén.			
5	Generar las placas de identificación de cada elemento.	Almacenista, Auxiliar Técnico Almacén.	Identificar los bienes devolutivos asignándoles un código y placa de inventario de identificación, que es dada por el consecutivo se realiza la entrega respectiva, firmada por las partes.	Placas de Inventario elementos devolutivos.			
6	Identificar los elementos con las placas correspondientes.	Almacenista, Auxiliar Técnico Almacén.	Identificar los bienes devolutivos de la entidad de acuerdo a las placas que correspondan entregados a las diferentes aéreas a través de inventario. Se pasa copia de comprobante de egreso al área de contabilidad, para su respectivo proceso contable.	Formato de Placas de Inventario elementos devolutivos.			
7	Efectuar las entregas según solicitudes de elementos.	Auxiliar Técnico Almacén.	Efectuar la entrega de los elementos a cada una de las dependencias según las solicitudes o distribuciones correspondientes a las redes. Las entregas en la sede administrativa si son elementos de consumo se hacen a los asistentes de oficina. Los elementos de consumo controlado o devolutivo se entregan a quien designe el jefe de oficina. En las redes se entregan todos los elementos a los auxiliares de almacén. Se hace firmar el comprobante de salida de almacén por quien recibe.	Comprobante de salida de almacén, firmado por quien recibe.			

8	Archivar la documentación generada.	Auxiliar Técnico Almacén.	Archivar la documentación generada, según procedimientos de Archivo y Correspondencia.	Documentos del procedimiento.
OBSERVACIONES	<p>Los Auxiliares Técnicos de Almacén deben entregar los elementos mediante actas de entrega en las diferentes áreas solicitantes, Las actas de entrega deben estar firmadas por quien entrega, quien recibe y VoBo del Director Operativo.</p> <p>EGRESO DE ELEMENTOS EN COMODATO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En Almacén General se revisan los documentos que soportan el comodato o préstamo, los cuales deben estar suscritos por el Gerente. Se ubican los bienes o elementos y se soportan con acta de entrega indicando para cada elemento la descripción, cantidad, código, placa de inventario, valor unitario, valor total. 2. El acta debe tener VoBo de Gerencia y debe estar firmada por el Almacenista y quien recibe. 3. Posteriormente se realizan los registros contables en kardex automático del sistema, y se archivan los soportes. 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL. Cargo: Almacenista.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - RF	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Egreso de elementos dados de baja por inservibles, innecesarios u obsoletos.			PD-RF-03	1
OBJETIVO	Retirar definitivamente un bien que se consideran inservibles, innecesarios u obsoletos tanto físicamente como de los registros contables que forman parte del patrimonio de la E.S.E. Vidasinú.						
RESPONSABLE	Almacenista.						
ENTRADAS	Solicitudes de baja de elementos inservibles, innecesarios u obsoletos.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa.						
SALIDAS	Informe de estado de elementos, Acto administrativo de baja de bienes perfeccionado, Comprobante de salida por baja de elementos, Informe a Contabilidad.						
CLIENTE	Todos los procesos de la empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recibir solicitud de egreso de las dependencias para dar de baja.	Almacenista, Subdirección Administrativa y financiera, Auxiliar Técnico Almacén.	Recibir las solicitudes o requerimientos de las dependencias para dar de baja los elementos que hayan sido catalogados como inservibles, innecesarios u obsoletos.	Relación de elementos inservibles, innecesarios y obsoletos.			
2	Inventario de bienes a dar de baja.	Almacenista, Auxiliar Técnico Almacén.	Se realiza inventario de los bienes a dar de baja, para realizar la respectiva relación de estos y determinar su estado, inservibles, obsoletos o que no se requieren para el servicio de la entidad.	Relación de elementos inservibles, innecesarios y obsoletos.			
3	Realizar visita de inspección en la unidad que envía la solicitud de bienes a dar de baja.	Almacenista, Subdirector administrativo y financiero.	Dirigirse a la UPSS y/o área Administrativa de donde se recibió la solicitud para dar de baja y se clasifica como inservibles, innecesarios u obsoletos para el retiro definitivo del servicio. Para los elementos que lo requieran, se solicitará concepto técnico del estado del bien.	Relación de elementos inservibles, innecesarios y obsoletos.			
4	Realizar el informe de acta de inspección de bienes a dar de baja.	Almacenista, Técnico de mantenimiento.	Realizar el informe y remitirlo a subdirectora administrativa y financiera donde se relacione los bienes, en concordancia con el código, descripción, cantidad, placa de inventario, valor unitario y valor total por grupo de inventarios.	Informe técnico de bienes. Relación de elementos inservibles, innecesarios y obsoletos.			
5	Constatar, certificar y realizar el informe acorde al estado de los bienes.	Secretaría General, Almacenista General.	Constatar, certificar y realizar el informe del estado de los bienes y enviarlo a Gerencia y al comité de inventarios.	Informe de estado de elementos, Registro Fotográfico. Oficio.			
6	¿Los elementos cumplen los criterios para dar de baja?	Almacenista General.	NO: Continuar procedimiento en actividad No. 6 SI: Continuar procedimiento en actividad No. 7				
7	Mantener los bienes en servicio por que no se encuentran ni inservibles, ni obsoletos.	Almacenista General.	Para los bienes que según la revisión se considere que no se pueden recibir por ninguna de las tres motivaciones inservibles, innecesarias y obsoletas, se dejan en funcionamiento en el ambiente de trabajo. Finalizar el procedimiento.	Informe de estado de elementos, Registro Fotográfico.			
8	Gestionar autorización del Comité de Inventarios y Gerencia para dar de baja bienes o elementos	Gerencia, Comité Inventarios, Almacenista.	Citar al de inventarios y presentar la relación de bienes a dar de baja, con la documentación necesaria para soportar el estado real del bien.	Autorización para realizar el retiro de bienes en servicio.			

9	Elaborar y firmar acta del comité de inventarios.	Jefe Oficina Asesora Jurídica.	Elaborar y firmar acta de baja de bienes donde autorice la manera para dar de baja a ya sea por: Baja de bienes Inservibles - destrucción Baja de bienes por pérdida, hurto o daño Baja de bienes por enajenación de bienes muebles a título gratuito entre entidades públicas. Baja de bienes por enajenación de bienes muebles a título oneroso.	Bosquejo Acto administrativo de baja de bienes.	
10	Proyectar el acto administrativo y gestionar firma de Gerencia.	Jefe Oficina Asesora Jurídica.	Proyectar el acto administrativo para la ordenación de baja y destino final de los bienes. Gestionar firma de Gerencia.	Acto administrativo de baja de bienes perfeccionado.	
11	Realizar comprobante de salida de elementos de inventario.	Almacenista General.	Realizar comprobante de salida por baja de los elementos relacionados en el acto administrativo.	Comprobante de Salida.	
12	Realizar el informe a contabilidad para que retire los elementos del patrimonio de la empresa.	Almacenista General.	Realizar el informe a contabilidad para que retire los elementos del patrimonio de la empresa.	Comprobante de salida por baja de elementos, Informe a Contabilidad.	
13	Informar a la compañía aseguradora de los bienes dados de baja.	Secretaria General.	Informar a la compañía aseguradora de los bienes dados de baja.	Oficio o Informes y listado de los elementos dados de baja.	
14	Archivar la documentación generada.	Contratista encargado.	Archivar la documentación generada, según procedimientos de Archivo y Correspondencia.	Documentos del procedimiento.	
OBSERVACIONES		1. La documentación generada se anexa al expediente de baja de bienes. 2. Los bienes catalogados como inservibles u obsoletos deben presentarse en acta, al comité de inventarios para su Vo.Bo de baja y definir el procedimiento a seguir (destrucción-donación).			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL. Cargo: Almacenista.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - RF	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Control de Inventarios.			PD-RF-04	1
OBJETIVO	Registrar, clasificar, controlar y valorar mediante la verificación física de conservación y el cuidado de los bienes y/o elementos que integran el patrimonio de la E.S.E. Vidasinú.						
RESPONSABLE	Almacenista.						
ENTRADAS	Necesidades de la entidad, Solicitudes para levantamiento de inventario.						
PROVEEDORES	Todos los procesos, áreas o dependencias de la Empresa.						
SALIDAS	Inventario actualizado.						
CLIENTE	Todos los procesos, áreas o dependencias de la Empresa.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Recepción de copia de la factura más copia comprobante de ingreso a almacén.	Almacenista.	Reciba y verifique la serie del bien, estado físico, verifique archivo de control de inventarios e identifique con N° de placa de inventario según consecutivo de elementos devolutivos y de elementos de consumo en archivo de elementos de devolutivos. En caso de elementos de consumo verifique la serie del bien, estado físico, características de color, textura y garantía e ingrese acorde a lo establecido en el Software Espiral.	Comprobantes de ingreso, Comprobantes de egreso, Facturas, Certificados de garantía.	Software Espiral.		
2	Actualizar base de datos y archivo de inventarios.	Almacenista.	En caso de elementos devolutivos y de consumo, Ingrese a Sistema y consulte código de cuenta contable. Registre en base de datos de Excel control de inventarios, descripción del elemento, cuenta contable a la que pertenece, marca, serie, modelo, N° de placa de inventario, estado, valor de compra, número de comprobante de ingreso, fecha de ingreso, centro de costo y ubicación en la empresa.	Base de datos en Excel.			
3	Asegurar los bienes, equipos, muebles e inmuebles.	Sub director administrativo y financiero, Almacenista.	Establezca si los bienes, equipos, muebles e inmuebles, requieren ser asegurados, si su valor es superior a \$200.000. o es equipo electrónico o biomédico. En caso afirmativo, comuníquese con la aseguradora.	Relación de bienes, equipos, muebles e inmuebles para asegurar.			
4	Recepción de solicitud del bien a través correo electrónico institucional con V°B° de la Subdirección administrativa por parte del área solicitante.	Almacenista.	Se, recibe oficio, ingresa al archivo de control de inventarios y se verifica existencia del bien solicitado. En caso de no existir se informa a subdirección administrativa, para efectuar trámite de posible contratación. Registre nombre del responsable de la salida del activo y nombre del responsable a quien va dirigido el bien. Imprima traslado en original y dos copias, asigne un consecutivo de salida de elementos devolutivos, entregar bien. Tome consecutivo de despacho y registre en libro de salidas la descripción del bien y la ubicación en la empresa. o comprobante de egresos y entrega a técnico de activos fijos, elementos devolutivos. El técnico de activos fijos realiza traslado en archivo de traslados de elementos de consumo y asigna consecutivo del mismo e imprime en original y copia.				

5	Programar las actividades de control de inventarios.	Almacenista.	Programar las actividades de control de inventarios según las necesidades de la Empresa y las solicitudes de los responsables de inventario. Remitir la programación al Grupo de Inventarios.	Programación, Oficios de requerimiento.	
6	Organizar los instrumentos de captura de información.	Grupo de Inventarios, Persona Encargada o Almacenista Auxiliar.	Organizar los instrumentos de captura de información, que pueden ser formatos de levantamiento de inventarios físicos o los reportes del sistema mediante observación directa.	Instrumentos de captura de información.	
7	Informar la programación de control de inventarios o levantamiento.	Almacenista.	Informar mediante oficio o circular la programación de control de inventarios o levantamiento de inventarios a todos los bienes de la empresa según corresponda. Cuando se prevean inventarios como medidas de control, no es necesario informar.	Circular, Oficio.	
8	Realizar jornada de verificación y control de inventarios o levantamiento.	Grupo de Inventarios, Persona Encargada o Almacenista Auxiliar.	Realizar jornada de verificación y control de inventarios o levantamiento, en las fechas establecidas, mediante inspección ocular y conteo físico de cada elemento, y registrar en los formatos correspondientes. Hacer firmar por los responsables del inventario, indicando quien entrega, quien recibe, quien hace acompañamiento, o quien levanta.	Formatos de inventario diligenciados y firmados.	
9	Verificar la información de existencias con registros de inventarios.	Grupo de Inventarios, Persona Encargada de Inventarios.	Verificar la información de existencias con registros de inventarios inservibles, innecesarios u obsoletos. Realizar el reporte de novedades cuando haya lugar.	Formatos de inventario diligenciados y firmados.	
10	Efectuar conteo de verificación, a solicitud de los responsables o en algunos casos por designación del Almacenista.	Grupo de Inventarios, Persona Encargada o Almacenista Auxiliar.	Efectuar conteo de verificación, a solicitud de los responsables o en algunos casos por designación del Almacenista, si se encuentran diferencias, con el fin de determinar en forma definitiva, los faltantes y sobrantes reales, dejando constancia de que todos los elementos sometidos a recuentos quedaran bajo la responsabilidad del funcionario que se encuentre a cargo.		
11	Remitir informe de inventarios y de novedades al Almacenista.	Grupo de Inventarios, Persona Encargada de Inventarios.	Remitir mediante oficio el informe de inventarios y de novedades al Almacenista en medio magnético, para su revisión.	Formatos de inventario diligenciados y firmados.	
12	Consolidar el informe definitivo de inventarios.	Almacenista.	Consolidar el informe definitivo de inventarios, indicando el estado de conservación y su respectiva depreciación y definir si existen elementos que puedan resultar compensatorios o no.	Informe de inventarios consolidado.	
13	Valorar los sobrantes y faltantes detectados, y preparar el informe definitivo.	Almacenista.	Valorar los sobrantes y faltantes detectados, elaborando unos comprobantes de ajustes que se presentaran con el informe definitivo al subdirector administrativo y financiero, supervisor del contrato y / o al comité de inventarios, quien estudiara la viabilidad de su realización.	Informe definitivo de inventarios.	
14	Remitir informe de inventarios consolidado al subdirector administrativo y financiero, supervisor de Contrato y / o Comité de Inventarios (Según el Caso).	Almacenista.	Remitir mediante oficio el informe consolidado de inventarios al Subdirector administrativo y financiero, supervisor de Contrato y/ o Comité de Inventarios (Según el Caso), para que ubiquen los elementos que generan la novedad, el sobrante o faltante, y las acciones que se adelantaron sobre los mismos.	Informe de inventarios consolidado, Oficio.	
15	Recibir informe del subdirector	subdirector	Recibir informe mediante oficio del subdirector	Informe de inventarios	

	administrativo y financiero, supervisor de Contrato, y / o Comité de Inventarios (Según el Caso).	administrativo y financiero, supervisor de Contrato y / o Comité de Inventarios (Según el Caso).	administrativo y financiero, supervisor de Contrato, y / o Comité de Inventarios (Según el Caso), con los soportes de traslado, de baja, denuncias u otros debidamente firmados y las acciones que se adelantaron sobre las novedades o informar que el inventario es correcto.	consolidado, Oficio.	
16	Informar a quien corresponda sobre la valoración de los sobrantes y faltantes detectados.	Almacenista.	Informar a quien corresponda sobre la valoración de los sobrantes y faltantes detectados, bien sea al Comité de Inventarios, Jefe inmediato o supervisor del responsable de inventario.	Oficio.	
17	Archivar la documentación generada.	Auxiliar Administrativo Almacén.	Archivar la documentación generada, según procedimientos de archivo y Correspondencia.	Documentos del procedimiento.	
OBSERVACIONES	<p>1. Los ajustes aprobados por el comité de inventarios: deberán oficiarse a la Oficina de Contabilidad para que se adelanten los trámites contables a que haya lugar. Las solicitudes de inventario se radican en la Unidad de Correspondencia, dicha solicitud será tramitada en un lapso de Diez (10) días hábiles y se seguirá el trámite correspondiente. El informe definitivo que realiza el subdirector administrativo y financiero o supervisor de Contrato respecto a las novedades presentadas después de la revisión del inventario, debe enviarse a Talento Humano para seguir los procesos a que haya lugar.</p> <p>2. Devolución de elementos y bienes a proveedores por fechas de vencimiento: Revisar periódicamente en todas las bodegas de la E.S.E. Vidasinú, las fechas de vencimiento de elementos e insumos. Quien realiza la inspección debe presentar al Almacenista de la Empresa el listado de los productos que no tienen rotación con seis meses de anterioridad a la fecha de vencimiento para que se gestione la rotación en otras redes. Los productos o elementos que definitivamente no tendrán salida deben devolverse al Almacén Central con cuatro meses de anterioridad a su fecha de vencimiento, para que se gestione ante el proveedor la devolución o cambio.</p> <p>Seguimiento a riesgo: Cuando se compruebe que, por negligencia, dolo o culpa el funcionario o contratista no devuelve oportunamente o cause daño de algún producto, será responsable y asumirá el costo de los mismos.</p>				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL. Cargo: Almacenista.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - AP	DE APOYO	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - RF	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Mantenimiento integral hospitalario.			PD-RF-05	1
OBJETIVO	Velar por las condiciones óptimas de equipos e infraestructura que garanticen los medios y la calidad para la prestación efectiva de los servicios.						
RESPONSABLE	Sub dirección administrativa y financiera, Almacenista.						
ENTRADAS	Bien, insumo o servicio almacenado, inventario actualizado.						
PROVEEDORES	Todos los procesos de la empresa, Persona natural o jurídica constituida legalmente.						
SALIDAS	Propiedad Planta, Equipos e Infraestructura Funcionando Correctamente y ejecución del plan de mantenimiento preventivo y/o correctivo.						
CLIENTE	UPSS - Usuarios.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS		
1	Elaborar anualmente cronograma de mantenimiento y de verificación de tecnología biomédica, equipos de uso industrial hospitalario e infraestructura.	Profesional Universitario en Mantenimiento. Outsourcing de mantenimiento integral Hospitalario.	Con el inventario actualizado de los bienes muebles e inmuebles de la E.S.E. Vidasinú se diseña el cronograma anual de mantenimiento integral hospitalario y de apoyo según circular O29 de 1997, la cual es entregada al contratista de mantenimiento integral para su ejecución.	Inventario de equipos, Cronograma de mantenimiento.			
2	Elaboración y/o actualización de hoja de vida de tecnología biomédica y equipos de uso industrial hospitalario e infraestructura.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	Se solicita a la empresa contratada para mantenimiento elaborar y/o actualizar las hojas de vida de la tecnología biomédica, equipos de uso industrial hospitalario e infraestructura. Se solicita copia magnética de hojas de vida la cual debe reposar en la oficina de subdirección administrativa y financiera y copia impresa en cada servicio.	Hojas de vida			
3	Socialización del cronograma de mantenimiento y hojas de vida de tecnología biomédica y equipos de uso industrial hospitalario e infraestructura.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing Mantenimiento integral Hospitalario.	Se entrega a cada servicio revisteros con la carpeta de cada equipo con el cronograma de mantenimiento.	Acta de entrega.			
4	Verificación de idoneidad de personas que ejecuten el mantenimiento integral hospitalario.	Recursos Humanos Profesional Universitario en Mantenimiento.	El área de recursos humanos junto con el Profesional en mantenimiento evaluara las hojas de vida de las personas que subcontrate la empresa Outsourcing que se contrate para la ejecución del mantenimiento verificando estudios, experiencia laboral y aptitud profesional del aspirante. Para la parte de mantenimiento de tecnología biomédica se les exigirá experiencia laboral, certificados de entrenamiento, registro Invima, y Tarjeta profesional expedida por el COPNIA (consejo profesional nacional de ingeniería).	Hojas de vida recurso humano de la Empresa Outsourcing.			
5	Ejecutar las actividades de mantenimiento.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing Mantenimiento integral Hospitalario.	Si la actividad es de mantenimiento preventivo pasar al ítem 6, si es de mantenimiento correctivo pasar a ítem 7 y si es de tecnología biomédica pasar a ítem 10.				
6	Anexar copia del reporte a la correspondiente hoja de vida del dispositivo biomédico o bien afectado.	Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	La Empresa contratada para el Mantenimiento Integral Hospitalario ejecuta las actividades evidenciando su labor con el diligenciamiento del informe de servicio técnico, firmado a satisfacción por el jefe en turno del servicio. Este	Formato informe de servicio técnico diligenciado.			

			reporte es archivado en la hoja de vida de cada bien.		
7	Reporte de daños.	Jefe de Servicio. Profesional Universitario en Mantenimiento. Outsourcing Mantenimiento integral Hospitalario.	Se recepciona la solicitud de servicio de mantenimiento en forma escrita vías correo electrónico a la subdirección administrativa y financiera y diligenciar según el caso, la parte 1 del formato F - GAF - 001 Formato de Solicitud de Mantenimiento; si es una solicitud urgente además de la solicitud por correo electrónico, se reporta vía telefónica a la subdirección. Posteriormente la empresa Outsourcing atenderá cada llamado con el personal calificado según el caso, según orden escrita de subdirección con el acompañamiento de un profesional universitario de la ESE.	Orden de servicio.	
8	Mantenimiento correctivo, dotación e infraestructura.	Jefe de Servicio Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	La empresa Outsourcing informa al profesional Universitario de Mantenimiento de la ESE sobre los resultados de la evaluación de la tecnología. Si la necesidad es retirar el dispositivo para ejecutar el mantenimiento correctivo, el profesional Universitario de Mantenimiento o la empresa Outsourcing deben tomar acciones inmediatas que permitan dentro de lo posible la continuación del servicio, y realizar los trámites necesarios.		
9	Anexar copia del reporte a la correspondiente hoja de vida del bien afectado.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	El responsable del mantenimiento de la tecnología evidenciara su labor con el diligenciamiento del Formato de Informe de Servicio técnico ya sea por mantenimiento Preventivo o Correctivo tanto a la dotación como a la infraestructura, firmado a satisfacción por el jefe en turno del servicio. Este reporte es archivado en la hoja de vida del bien.	Formato informe de servicio técnico diligenciado.	
10	Procedimientos de verificación de tecnología biomédica.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	Ejecutando la actividad con instrumentos adecuados y certificados para verificación teniendo en cuenta protocolo que da el fabricante para cada tecnología. - Certificar la actividad de verificación para cada tecnología biomédica y de apoyo.		
11	Anexar informe de verificación a la correspondiente hoja de vida de la tecnología biomédica.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	El personal idóneo enviado por la empresa contratada calificado para realizar el procedimiento de verificación realiza certificado de la actividad el cual es archivado en la hoja de vida del dispositivo biomédico junto con la certificación.	Informe de verificación.	
12	Verificación de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y oportunidad del manteniendo correctivo.	Profesional Universitario en Mantenimiento.	Por medio del Formato Lista de Chequeo para Verificación de Cumplimiento de Cronograma de Mantenimiento Preventivo de la Tecnología se verifica si lo planeado se ajusta a lo ejecutado: este se aplica de acuerdo a la frecuencia del mantenimiento. Para evaluar la oportunidad del mantenimiento correctivo de la tecnología biomédica y de apoyo se aplica el Formato Lista de Chequeo para Verificación de Oportunidad del Mantenimiento Correctivo de Tecnología y de Apoyo. Se debe verificar el registro del mantenimiento y calibración equipos clase IIb y III.	Formato lista de chequeo mantenimiento preventivo y correctivo de tecnología.	
13	Verificación de funcionamiento de la tecnología biomédica.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	Por medio del Formato de Lista de Chequeo para Verificación de Funcionamiento de Tecnología se evalúa el estado físico y funcional de la tecnología y sus accesorios.	Formato de Lista de chequeo para verificación de funcionamiento de tecnología.	

14	Hacer las correcciones correspondientes.		Se hacen las acciones necesarias para mejorar la calidad de gestión del servicio de mantenimiento de las tecnologías biomédicas y de apoyo de la E.S.E. Vidasinú.	Profesional Universitario en Mantenimiento Outsourcing de mantenimiento integral hospitalario.	
OBSERVACIONES		<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará la ejecución total del cronograma de Mantenimiento Integral Hospitalario con el objetivo de garantizar el buen funcionamiento de las tecnologías e infraestructura de la institución. 2. Verificar el cumplimiento de manera trimestral de la prestación de servicio de mantenimiento biomédico y de infraestructura. 3. Realizar seguimiento al grado de satisfacción de los jefes de área, al recibir el servicio de mantenimiento. 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: NICOLAS BERROCAL CANABAL. Cargo: Almacenista.		Nombre: LORENA MONTES HERNANDEZ. Cargo: Subdirectora Administrativa y financiera.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

3.4. MACROPROCESO DE EVALUACIÓN:

3.4.1. PROCESO CONTROL INTERNO:

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	VERSIÓN: 2
	MACROPROCESO DE EVALUACIÓN - CÓDIGO: MP - EV PROCESO CONTROL INTERNO - CÓDIGO: PR - CI	Resolución de Aprobación:

OBJETIVO: Emitir con objetividad e independencia opinión fundamentada a partir de evidencias, mediante la realización de Auditorías Internas y de la Evaluación del Sistema de Control Interno.

ALCANCE DEL PROCESO:	INICIA: Con la elaboración del programa de auditoría y la evolución de las áreas. TERMINA: Emisión del informe de control interno de la E.S.E. Vidasinú.
----------------------	---


PROVEEDOR	ENTRADA		SALIDAS	CLIENTES
<p>INTERNOS: Todos los procesos definidos en la E.S.E. Vidasinú.</p> <p>EXTERNO: Ministerio de la protección social, Departamento administrativo de la función pública, junta directiva, secretaria de salud departamental y municipal, mecanismos de participación ciudadana.</p>	<p>Documentación aplicable al proceso, plan de desarrollo y otros planes, normatividad aplicable, informe de evaluación del sistema de control interno del año inmediatamente anterior, programa de actividades, recursos solicitados, bienes y servicios contratados, informes de seguimiento, actas, informes de auditorías, planes de mejoramiento.</p>	 <p>Mejoramiento del desempeño de los procesos, corrección de las desviaciones, estandarización de los cambios, capacitación requerida y monitoreo.</p> <p>¿Qué se hará?, ¿Por qué?, ¿Dónde?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuánto?, ¿Cuándo?</p> <p>Verificación de la ejecución de los objetivos previstos según políticas.</p> <p>Ejecución de lo planeado, recolección de datos necesarios, documentación de todo lo realizado y lo que no se pudo hacer.</p>	<p>Evaluaciones del Sistema de Control interno, Seguimiento a los objetivos planteados en los acuerdos de gestión, Seguimiento a los objetivos Planteados en los planes operativos, Seguimientos a los Informes Consolidados por requerimientos externos, contratación, Informes Sobre Acciones de auditorías, Informes de seguimiento a los controles, Asesoría en formulación de planes de mejoramiento, Capacitaciones realizadas a Los servidores públicos, Asesoría realizada al a alta gerencia acciones correctivas, acciones preventivas.</p>	<p>INTERNOS: Todos los procesos de la E.S.E. Vidasinú, Comité Coordinador de Control Interno y calidad.</p> <p>EXTERNOS: DAFP, Entes de Control, ciudadanía.</p>

PLANEAR	HACER
Identificar la normatividad sobre la evaluación del sistema de control Interno.	Realizar la evaluación independiente del Sistema de Control Interno.
Evaluar la capacidad operativa.	Realizar las Auditorías Internas.
Programar las actividades frente a la evaluación del sistema de Control Interno.	
Programar Auditorías Internas.	
Identificar los recursos necesarios.	
VERIFICAR	ACTUAR
Realizar acciones de autoevaluación.	Tomar acciones para la mejora (planes de mejoramiento)


Realizar seguimiento y medición al proceso.			
Determinar, recopilar y analizar datos.			
PROCEDIMIENTOS:			
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	
PD-CI-01	Evaluación del Sistema de Control Interno.	2.0	
PD-CI-01	Elaboración del Plan Anual de Auditorías de Control Interno.	2.0	
PD-CI-01	Realización de Auditorías de Control Interno.	2.0	
PD-CI-01	Plan de Mejoramiento.	2.0	
PD-CI-01	Administración del Riesgo.	2.0	
PARÁMETROS DE CONTROL	PROCESOS DE APOYO	RECURSOS	DOCUMENTOS
Comité de Coordinación de Control Interno y Calidad. Plan Anual de Auditorías. Informes de Auditorías Internas Plan de Mejoramiento Auditorías Internas Informes de Auditorías de los Entes de Control. Plan de Mejoramiento suscrito con los Entes de Control.	Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la Tecnología, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de la Información, Gestión de las Comunicaciones.	HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FÍSICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Presupuesto anual; TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.	Procedimientos documentados (ver manual de procedimientos) Plan de Auditoría. Planes de Mejoramiento. Formularios de encuestas referenciales para Evaluación del Sistema de Control Interno (DAFP). Papeles de Trabajo. Lista de chequeo.
REQUISITOS LEGALES	NTCGP 1000:2009	MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	
Ley 87 de 1993 Decreto 1826 de 1994 Decreto 1537 de 2001 Decreto 2145 de 1999 Decreto 2539 de 2000 Decreto 1599 de 2005 Ley 1474 de 2011	4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS 5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA 6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS 7.2.3. COMUNICACION CON EL CLIENTE 8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS 8.4. ANALISIS DE DATOS 8.5. MEJORA	(MÓDULO / COMPONENTES/ELEMENTOS) MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN • COMPONENTE TALENTO HUMANO: - Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. - Desarrollo del Talento Humano. • COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: - Planes, Programas y Proyectos. - Modelo de Operación por Procesos. - Estructura Organizacional. - Indicadores de Gestión. - Políticas de Operación. • COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: - Políticas de Administración del Riesgo. - Identificación del Riesgo. - Análisis y Valoración del Riesgo. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO • COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: - Autoevaluación de Control y Gestión. • COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA: - Auditoría Interna. • COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: - Plan de Mejoramiento.	
INDICADORES:			
CODIGO	NOMBRE		
I.GA.1	Entrega Oportuna de Evaluación del Sistema de Control Interno=Fecha de Entrega del Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno.		
I.GA.2	Cumplimiento del Plan de Auditoría = (No. de Auditorías realizadas/No. de Auditorías planeadas) *100		

I.GA.3	Mejoras revisadas producto de Auditorías internas y externas de la evaluación del Sistema de Control Interno = (No de mejoras revisadas/total de	
Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de la E.S.E. VIDASINÚ.		
REGISTROS	RESPONSABLES	
Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros.	Jefe Control Interno y Auditores Control Interno.	
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: ANGÉLICA MARÍA BUENO MOSQUERA Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú.


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - EV	DE EVALUACIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CI	CONTROL INTERNO	VERSIÓN	2
DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO						
ASESORIA:	Orientación técnica y profesional con el fin de generar valor organizacional de manera oportuna en la toma de decisiones, basada en la evaluación de posibles alternativas de solución a una problemática, necesidad dada o aprovechamiento de oportunidades, advirtiendo la posible ocurrencia de hechos o actos no deseado, generando confianza institucional para lograr el fortalecimiento del sistema de control interno.					
ACOMPAÑAMIENTO:	Seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades para el mejoramiento continuo de los procesos en los tiempos acordados y tareas fijadas, determinando e identificando las dificultades en su ejecución, motivando de este modo, acciones que induzcan y aceleren el cambio de actitud.					
AUDITOR:	Persona con la competencia para llevar a cabo una Auditoría.					
AUDITORIA:	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.					
AUDITORÍA INTERNA:	Denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por o en nombre de la misma organización, para la revisión por la dirección y con fines internos, y pueden constituir la base para una auto declaración de conformidad de una organización, en muchos casos, la independencia puede demostrarse al no estar libre el auditor de responsabilidades en la actividad que audita.					
CRITERIOS DE AUDITORIA:	Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.					
EVIDENCIA DE LA AUDITORIA:	Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.					
HALLAZGOS DE LA AUDITORIA:	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.					
PLAN DE AUDITORIA:	Actividades de auditoría que a lo largo de un periodo serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la oficina de calidad de la E.S.E. Vidadasinú.					
PROGRAMA DE AUDITORÍAS:	Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.					
NO CONFORMIDAD:	Incumplimiento de un requisito					
PLAN DE MEJORAMIENTO:	Documento que establece las acciones, responsables y plazos que se deben aplicar con el fin de: evitar que se repitan situaciones problemáticas o mejorar el desempeño actual de un sistema, proceso o dependencia.					
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:	Conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten a la Entidad pública gestionar políticas para evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales, o los eventos positivos, que pueden identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función y mantener la estabilidad de la entidad.					
ANÁLISIS DE BENEFICIO-COSTO:	Una herramienta de la Administración de Riesgos usada para tomar decisiones sobre las técnicas propuestas para administración de los riesgos, en la cual se valoran y comparan los costos, financieros y económicos, de implementar la medida, contra los beneficios generados por la misma.					
ANÁLISIS DE RIESGOS:	Permite determinar cuan frecuentemente (posibilidad) pueden ocurrir eventos específicos y la magnitud de sus consecuencias (impacto).					
ACCIONES:	Permite identificar según la calificación del riesgo, el tratamiento que se le va a dar a este: Evitar o prevenir, reducir, transferir y asumir.					
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:	Establecer la estructura del riesgo; fuentes o factores internos o externos, generadores de riesgos. Y nos permite determinar que puede suceder, por qué y cómo.					
MAPA DE RIESGOS:	Permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente.					
VALORACIÓN DEL RIESGO:	Es el resultado de confrontar la evaluación del riesgo con los controles existentes.					

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESOS	Código	MP - EV	DE EVALUACIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CI	CONTROL INTERNO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Evaluación del Sistema de Control Interno			PD-CI-01	2
OBJETIVO	Verificar el grado de desarrollo, efectividad y funcionalidad del sistema de Control Interno con el fin de establecer el cumplimiento de los objetivos institucionales, de la E.S.E. Vidasinú.					
RESPONSABLE	Jefe de la Oficina de Control Interno.					
ENTRADAS	Informes de auditorías, planes de mejoramiento, informe de evaluación del año inmediatamente anterior.					
PROVEEDORES	Todos los procesos.					
SALIDAS	Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno.					
CLIENTE	Todos los procesos.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Recepción de lineamientos emitidos por el DAFP.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Se recibe comunicación del DAFP a través del correo electrónico institucional en el cual informan sobre la disposición del aplicativo que contiene la evaluación al Sistema de Control Interno o se consulta la página del DAFP en donde se encuentra publicado todo lo relacionado con la evaluación al Sistema de Control Interno.	Lineamientos digitales del DAFP	Página del DAFP.	
2	Diseño o acondicionamiento de los mecanismos para la recolección de la información.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Se organiza la encuesta emitida por el DAFP para realizar la respectiva autoevaluación y posterior recolección de la información.	Encuesta digital emitida por el DAFP	Página del DAFP.	
3	Tratamiento de la información.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Implementa la recolección de la información, y la tabulación teniendo en cuenta los términos, formatos y requerimientos establecidos por el DAFP para cada vigencia.	Encuesta emitida por el DAFP	Página del DAFP	
4	Análisis de los Resultados de las Evaluaciones y Actividades.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Realiza la evaluación independiente del Modelo Estándar de Control Interno emitida por el DAFP teniendo en cuenta los resultados del seguimiento a los planes de mejoramiento y los informes de auditoría del periodo anterior.	Encuesta emitida por el DAFP	Página del DAFP	
5	Elaboración del informe de Evaluación.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Elabora el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno teniendo en cuenta la estructura del informe emanada del DAFP, y se envía al Gerente.	Encuesta emitida por el DAFP	Página del DAFP	
6	Revisión y aprobación del informe.	Gerente	Revisa el informe, solicita ajustes o aclaraciones. Aprueba, una vez considere se tienen los ajustes pertinentes, a través de los medios y formatos establecidos por el DAFP.	Informe Ejecutivo Anual		
7	Remitir informe al DAFP.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Envía el informe de evaluación de control interno a través del aplicativo del DAFP		Página del DAFP	
8	Socializar Informe.	Jefe de la Oficina de Control Interno	Se presentan los resultados de la evaluación del Sistema de Control Interno emitidos a través del aplicativo del DAFP y en reunión del Comité de Coordinación de Control Interno se exponen los resultados de la evaluación del Sistema de Control Interno con el propósito de que se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del Sistema, siguiendo el Procedimiento Plan de Mejoramiento. De esta reunión se levanta Acta de Comité.			
OBSERVACIONES	RIESGOS <ul style="list-style-type: none"> La autoevaluación no sea realizada por los líderes de los procesos. No se realice la evaluación en forma objetiva por parte de los líderes de los procesos o del Jefe de Control Interno. No se cuente con evidencias para la evaluación del Sistema de Control Interno. 					

<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de los procesos. 		
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú


		MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
		MACROPROCESO	Código	MP - EV	DE EVALUACIÓN	MA-PP	
		PROCESO	Código	PR - CI	CONTROL INTERNO	CÓDIGO	VERSIÓN
		PROCEDIMIENTO	Elaboración del Plan Anual de Auditorías de Control Interno				PD-CI-02
OBJETIVO	Constatar la ocurrencia y desencadenar la investigación oportuna del evento adverso inminente para evitar la materialización y corregir los efectos del mismo, atenuar su impacto y reducir la posibilidad de recurrencia dentro de la E.S.E. Vidasinú.						
RESPONSABLE	Oficina de Calidad.						
ENTRADAS	Todos los servicios de la E.S.E. Vidasinú.						
PROVEEDORES	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo						
SALIDAS	Formatos de Reporte de Eventos Adversos, planes de mejoramiento						
CLIENTE	Toda la organización- usuarios y acompañantes.						
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO		TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificación de las dependencias o procesos a auditar.	Jefe de Control Interno - Auditores	Identifica dependencias o procesos a auditar, analizando o teniendo en cuenta los siguientes parámetros. <ul style="list-style-type: none"> - Auditorías realizadas durante la vigencia anterior. - Solicitudes hechas por los jefes de dependencia o responsables de procesos. - Informes de órganos de control. - Aquellas que son recurrentes en cada vigencia. - Los aspectos estratégicos de la vigencia actual. 		Cronograma Plan Anual de Auditoria.	Formato	
2	Elaboración del Plan Anual de Auditoria.	Jefe de Control Interno - Auditores	Elabora el plan anual de auditoria determinando su objetivo, alcance, justificación, duración, criterios y recursos para ello se utiliza el formato Cronograma Plan Anual de Auditoria.		Cronograma Plan Anual de Auditoria.	Formato	
3	Aprobación del Plan Anual.	Jefe de Control Interno-Miembros Comité Control Interno	En reunión del Comité de Control Interno se les socializa a los miembros para que estos a su vez lo revisen y aprueben. A través de acta de reunión y/o visto bueno en el mismo documento del plan.		Formato Actas de Comité	Formato	
4	Comunicación del Plan Anual.	Jefe de Control Interno	Una vez aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno se les informa de acuerdo a las fechas estipuladas en el Cronograma Plan Anual de Auditorias a los jefes de área o dependencia por los medios de comunicación internos.		Comunicación Interna	Ninguno	
5	Seguimiento al Plan de Auditorias.	Jefe de Control Interno - Auditores	Revisa que se esté cumpliendo con lo establecido en el cronograma del Plan Anual de Auditorias, en cuanto a tiempo y contenido. Si no se cumple hace las respectivas anotaciones y si es necesario comunicar el modificado Cronograma del plan anual de auditorias.		Cronograma Plan Anual de Auditoria.	Formato	
6	Entrega de Informes.	Jefe de Control Interno.	Se le presenta a la Gerente y al Comité de Coordinación de Control Interno informes sobre el estado de avance del Cronograma del plan Anual de Auditorias, que incluya las síntesis de las auditorias llevadas a cabo y los resultados de las evaluaciones y actividades eventuales. A la espera de recomendaciones y/o observaciones con el fin de tenerlas en cuenta en la actividad de seguimiento		Cronograma Plan Anual de Auditoria.	Formato	
7	Evaluación Final del Plan.	Comité de Control Interno	En reunión del comité al final de la vigencia se evalúa el cumplimiento del programa y los resultados obtenidos con el fin de mejorar en la formulación del plan de la siguiente vigencia. Estas mejoras quedaran consignadas en el Acta de Reunión.		Acta de Comité		

OBSERVACIONES	RIESGOS <ul style="list-style-type: none"> • No se aprobado el plan por el Comité de Control Interno • No se incluyan las auditorias obligatorias en el Plan • No se cuente con el personal suficiente o con competencias para la ejecución del Plan. 	
ELABORÓ Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	REVISÓ Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	APROBÓ Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - EV	DE EVALUACIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CI	CONTROL INTERNO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Realización de Auditorías de Control Interno			PD-CI-03	2
OBJETIVO						
RESPONSABLE	Oficina de Calidad.					
ENTRADAS	Todos los servicios de la E.S.E. Vidasinú.					
PROVEEDORES	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo					
SALIDAS	Formatos de Reporte de Eventos Adversos, planes de mejoramiento					
CLIENTE	Toda la organización- usuarios y acompañantes.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Planificación de Auditoría.	Jefe de Control Interno y equipo de auditoría	Elabora la planificación teniendo en cuenta lo contemplado en el plan anual de auditoría o establece su contenido si esta no se encuentra contemplada en el plan debido a que fue solicitada. Según formato Planificación de Auditoría.	Planificación de Auditoría.		
2	Identificación de Papeles de Trabajo.	Jefe de Control Interno y equipo de auditoría	Establece los tipos de instrumentos para cada método y técnica a utilizar, y diseña una lista de chequeo de los aspectos a revisar.	Lista de chequeo		
3	Notificación de la Auditoría.	Jefe de Control Interno.	Informa de la auditoría y fecha de reunión de inicio por medio de comunicación interna al responsable del proceso, área o dependencia a auditar y se le adjunta la respectiva planificación de auditoría. Si la planificación establece solicitud de información previa, en la comunicación interna se le recuerda la fecha de entrega de la misma.	Comunicación interna		
4	Manejo de la información previa.	Equipo de auditoría	Se evalúa la documentación entregada, con el fin de clasificarla, priorizarla, identificar las unidades de análisis, los aspectos a explorar y potencializar los factores de posibles riesgos.			
5	Elaboración de Acta de Inicio.	Auditor Líder	Elabora el acta teniendo en cuenta el formato de Acta de Inicio.			
6	Reunión de Inicio de la Auditoría.	Equipo auditor y líder de proceso auditado	Dan comienzo a la auditoría mediante suscripción del acta de inicio por las partes involucradas y se orienta al auditado sobre el objetivo de la realización de la auditoría, así como de los métodos y técnicas a utilizar.	Acta de inicio		
7	Realización de la Auditoría.	Equipo de auditoría	Aplicando métodos de auditoría se evalúan y registran las evidencias, y se validan los soportes encontrados.			
8	Cumplimiento de planificación.	Auditor Líder	Verifica que se hayan evaluado todos los elementos a auditar descritos en la planificación, se revisan los registros y documentos utilizadas o de soportes de auditoría. En caso que cumpla se sigue con la actividad 9, de lo contrario se estudia la situación del incumplimiento si es necesario el cumplimiento se devuelve a la actividad 7, pero si se decide según la naturaleza de la auditoría hacer un corte se sigue con la actividad 9 y se consiga en el formato Acta Preliminar los elementos o ítems de elementos de control internos que fueron auditados y lo que se hará con los elementos o ítems de elementos no auditados.			

9	Elaboración del Informe Preliminar.	Auditor Líder	Elabora informe preliminar de auditoría utilizando el formato Informes de Auditoría, registrando el marco general, la evaluación y recomendaciones	Informe Preliminar	
10	Revisión y Aprobación del Informe Preliminar.	Jefe de control interno	Revisa lo contenido en el informe preliminar expone sus observaciones para las respectivas correcciones, si es el caso, y una vez esté acorde, aprueba el contenido del informe preliminar. Si está acorde se pasa a la actividad 11, de lo contrario se pasa a la actividad 9.		
11	Elaboración del Acta Preliminar.	Auditor Líder	Elabora el acta teniendo en cuenta el formato Acta Preliminar.	Acta Preliminar	
12	Entrega del Informe Preliminar.	Auditor Líder	Entrega al responsable de la dependencia o proceso auditado junto con la respectiva Acta preliminar el Informe Preliminar de Auditoria con el fin de que este apruebe o haga observaciones del caso y las envíe a la oficina de control interno con sus respectivos soportes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega de los mismos.	Oficio	
13	Elaboración del Informe Final.	Auditor Líder	Una vez se reciben las observaciones del responsable de la dependencia o proceso auditado, se analizan los soportes entregados y se procede a la corrección del informe final, de ser el caso. Si pasado el tiempo estipulado no se recibe por parte del responsable de la dependencia o líder del proceso auditado observación alguna, se da por entendido que aprueba el contenido del informe preliminar y el contenido de este sería entonces el del informe final. Se elabora teniendo en cuenta formato Informes de Auditoría.		
14	Revisa y Aprobación del Informe Final.	Auditor Líder	Revisa, expone sus observaciones para las respectivas correcciones, si es el caso, y una vez esté acorde, aprueba el contenido del informe final. Si está acorde se pasa a la actividad 15, de lo contrario a la actividad 13.		
15	Elaboración del Acta de Finalización.	Auditor Líder	Elabora el acta teniendo en cuenta el formato Acta de finalización.	Acta de Finalización	
16	Reunión de Fin de Auditoria.	Auditor Líder	Finaliza la auditoria mediante la entrega del acta de fin al responsable de la dependencia o proceso para su suscripción por las partes involucradas y adjunta a la misma el Informe Final de Auditoria, además en esta reunión se orienta al auditado sobre las evaluaciones y actividades eventuales, si los resultados de la auditoria así lo requieren.	Acta de Finalización	
17	Evaluaciones y Actividades Eventuales.	Jefe de control Interno	Asesora en la implementación de controles propios e implementación del plan de mejoramiento por el proceso teniendo en cuenta el procedimiento al responsable de la dependencia o proceso que fue auditado. Si lo que se requiere es un plan de mejoramiento individual, se le informa al Jefe de Recurso Humano de la ESE para que este adelante lo pertinente.	Oficio	
18	Informe al Gerente.	Jefe de control Interno	Envía el informe Final de Auditoria al Gerente, para su conocimiento y observaciones o recomendaciones pertinentes.	Oficio	

OBSERVACIONES	RIESGOS <ul style="list-style-type: none"> • No se cuente con personal con formación en auditoria para la ejecución del Plan. • Las auditorias sean realizadas por las mismas personas que participan en el proceso. • No se tengan en cuenta las normas de auditoría generalmente aceptadas. • No se realice planeación de la auditoria. 		
ELABORÓ Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	REVISÓ Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.	APROBÓ Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años	Documento Original: Oficina de Calidad	Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - EV	DE EVALUACIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CI	CONTROL INTERNO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Plan de Mejoramiento por Procesos			PD-CI-04	2
OBJETIVO						
RESPONSABLE	Oficina de Calidad.					
ENTRADAS	Todos los servicios de la E.S.E. Vidasinú.					
PROVEEDORES	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo					
SALIDAS	Formatos de Reporte de Eventos Adversos, planes de mejoramiento					
CLIENTE	Toda la organización- usuarios y acompañantes.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificación de Necesidades.	Jefe de control Interno	Recoge las recomendaciones y análisis generados en la Evaluación del Sistema de Control Interno. Auditorías internas por proceso o dependencia.			
2	Inicio de la Elaboración del Plan.	Líder de Auditoria y Jefe de Control Interno	A través del formato Plan de mejoramiento diligencia los campos de Generalidades e ingresa en el campo descripción de hallazgo aquellas recomendaciones u observaciones identificadas. Y el jefe de control interno remite al responsable de la dependencia o proceso con la necesidad para que diligencien los campos restantes	Formato de plan de mejoramiento		
3	Terminación de la Elaboración del Plan.	Líder del proceso auditado	Diligencia los campos restantes del formato plan de mejoramiento, remitido por control interno teniendo en cuenta que estos den respuesta a los hallazgos descritos. Una vez diligenciado lo remite a la Oficina de Control Interno.			
4	Revisión del Plan.	Jefe de Control Interno	Revisa lo remitido por las dependencias con la necesidad y si lo considera pertinente, hace recomendaciones tanto de forma como de fondo, buscando que lo establecido allí de respuesta a las observaciones. Si existen recomendaciones de mejora regresa a la actividad 3 de lo contrario sigue a la actividad 5			
5	Consolidación del Plan.	Jefe de Control Interno y Líderes de los procesos	En reunión aprueban, teniendo en cuenta que lo contenido en el plan de respuesta a las observaciones, recomendaciones y análisis generados en Auditorías internas y Evaluación del Sistema de Control Interno. Si aprueba pasa a la actividad 6, de lo contrario regresa a actividad 03. Se aprueba con la suscripción en el mismo plan por parte de los asistentes a la reunión.	Plan de mejoramiento consolidado		
6	Ejecución de Acciones.	Líder del proceso auditado	Ejecuta las acciones teniendo en cuenta fecha de iniciación de las metas y fecha de terminación de las mismas, establecidas en el plan.			
7	Inicio de Seguimiento al Plan.	Jefe de Control Interno	Mediante comunicación a la dependencia con necesidad de formato estado de avance del plan de mejoramiento. Diligenciando los campos que le corresponden. Este seguimiento se hace teniendo en cuenta las fechas establecidas en el plan, en el campo terminación de metas. La comunicación interna que remite el formato debe contener la fecha de devolución del formato debidamente diligenciado y la fecha en que se realizara la visita de seguimiento y evaluación.	Comunicación Interna		

8	Información de Estado de Avance.	Líder del proceso auditado.	Del formato remitido por control interno, diligencia los campos que le corresponden, y lo remite a la Oficina de Control Interno.		
9	Seguimiento y Evaluación de la Ejecución del Plan.	Jefe de Control Interno y auditores	Con el fin de verificar la ejecución informada por los jefes de dependencia en el formato estado de avance del plan de mejoramiento, se realiza una visita de seguimiento, en el cual se diligencia el formato verificación documental, procedimental y logro de metas.		
10	Resultado del Seguimiento y Evaluación.	Jefe de Control Interno	Basado en los resultados de la visita de seguimiento, y en caso de incumplimiento retraso en el logro de las metas, establece medidas que aseguren el cumplimiento del plan, tales como: 1. Comunicación Interna reiterando la obligación del cumplimiento. 2. Medidas como las Auditorías, para lo cual se sigue el procedimiento para la realización de Auditorías de Control Interno.	Comunicación Interna / Informe	
11	Presentación de Informes.	Jefe de Control Interno	Entrega informe de resultados al Gerente, por cada seguimiento y evaluación que se le haga al plan.	Informe	
OBSERVACIONES		RIESGOS <ul style="list-style-type: none"> No se suscriban planes de mejoramiento No se realice el seguimiento a los planes de mejoramiento 			
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				CÓDIGO MANUAL	
	MACROPROCESO	Código	MP - EV	DE EVALUACIÓN	MA-PP	
	PROCESO	Código	PR - CI	CONTROL INTERNO	CÓDIGO	VERSIÓN
	PROCEDIMIENTO	Administración del Riesgo			PD-CI-05	2
OBJETIVO						
RESPONSABLE	Oficina de Calidad.					
ENTRADAS	Todos los servicios de la E.S.E. Vidasinú.					
PROVEEDORES	Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo					
SALIDAS	Formatos de Reporte de Eventos Adversos, planes de mejoramiento					
CLIENTE	Toda la organización- usuarios y acompañantes.					
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	COMO	TIPO DE DOCUMENTO	APLICATIVOS	
1	Identificación y socialización de fechas de mantenimiento de mapas.	Jefe de Control Interno	Establece e informa a través de comunicación interna las fechas en que se debe hacer la revisión anual de los mapas de riesgos por proceso y el institucional, con el fin de realizar su mantenimiento y/o mejora.	Comunicación Interna		
2	Socialización y Capacitación en la metodología de administración del riesgo.	Jefe de Control Interno, equipo auditor y líderes de los procesos	Teniendo en cuenta las fechas establecidas por la oficina de control interno, a través de diferentes medios de información sigan conscientes de la importancia de la administración del riesgo, y actualiza o refuerza los conocimientos en la materia por medio de capacitaciones.	Formato de asistencia a capacitación		
3	Identificar y/o evaluar el contexto estratégico.	Líderes de los procesos y su equipo de trabajo	Identifican los factores externos que puede ocasionar la presencia de los riesgos, con base en el análisis de la información externa y los planes y programas de la entidad e identificar los factores internos que pueden ocasionar la presencia de riesgos con bases en el análisis de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento estratégico y demás estudios que sobre la cultura organizacional y clima laboral se hayan adelantado en la entidad.	Formato de contexto estratégico		
4	Identificar y/o evaluar los riesgos.	Líderes de los procesos y su equipo de trabajo	En el formato de identificación de Riesgos del DAFP sitúan el Nombre del Proceso, Objetivo del Proceso, Riesgo, Causas, Descripción y Consecuencias. Posteriormente los riesgos se clasifican en riesgos estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento o tecnología.	Formato de Identificación de Riesgos		
5	Analizar y/o Evaluar los riesgos.	Líderes de los procesos y su equipo de trabajo	Identifican a través del formato mapa de riesgos en su espacio de análisis del riesgo, y permite establecer la posibilidad de ocurrencia de los riesgos y medir su impacto, para determinar la zona o nivel de riesgo; y/o actualiza y mejora lo contenido a través de la evaluación de lo ya existente.			
6	Valorar y/o analizar los riesgos.	Jefe de Control Interno y equipo auditor	Identifican a través del formato mapa de riesgos en su espacio de valoración del riesgo, y esta se logra al ponderar los controles que existen en la actividad que genera el riesgo, con el fin de darle una calificación a los controles y determinar la prioridad de manejo de los riesgos y /o actualiza y mejora lo contenido a través de la evaluación de lo ya existente.			
7	Identificar las acciones y su estado.	Líderes de los procesos y su equipo de trabajo	Tiene en cuenta las causas (posibilidad) que propician cada uno de los riesgos y las posibles consecuencias (impacto) si llegaran a materializarse, una vez que se tengan claras, establece las mejores opciones para el manejo de cada uno de ellos, sea reduciendo o controlando la posibilidad (acciones preventivas) y/o el impacto (acciones correctivas). Se hace necesario conocer previamente las políticas de			

			<p>administración de riesgos que ha establecido la ese a través de la guía de administración del riesgo para el tratamiento de los mismos según su calificación y evaluación.</p> <p>Esta actividad se realiza a través del formato mapa de riesgos, en su espacio consolidación del mapa.</p>		
8	Validación del mapa de riesgos del proceso.	Líderes de los procesos y su equipo de trabajo	<p>Evalúa las posibles acciones a ser aplicadas en la respectiva vigencia en razón al costo beneficio que representan y teniendo en cuenta el análisis elaborado para cada uno de los riesgos.</p> <p>Si aprueba pasa a la act. 9. No aprueba pasa a la act. 7</p>	Formato mapa de riesgos	
9	Validación de los mapas de riesgos por procesos.	Representante de la Alta Dirección	<p>Por cada mapa de riesgo enviado previamente por el líder del respectivo proceso, se verifica que lo consignado en el mapa cumpla con las especificaciones y metodología dada y los envía al Jefe de Control Interno.</p> <p>Si cumple: Actividad 10. No cumple: Actividad 3.</p>	Formato mapa de riesgos	
10	Elaboración y/o mantenimiento del mapa de riesgos institucional.	Representante de la Alta Dirección	<p>Consolida en un mapa de riesgos Institucional, aquellos riesgos consignados en los mapas de riesgo de cada uno de los procesos misionales, y o que sean considerados estratégicos, posteriormente lo envían al Jefe de Control Interno.</p>	Mapa de riesgos	
11	Consolidación y socialización de mapas.	Representante de la Alta Dirección y Jefe de Control Interno	<p>Revisan y aprueban los mapas de riesgos tanto por procesos como institucionales y socializan con el fin que se empiecen a ejecutar las acciones pertinentes.</p>	Mapa de riesgos	
12	Realizar las acciones de manejo de riesgo.	Líderes de los procesos y su equipo de trabajo	<p>Una vez se haya validado el mapa de riesgo del proceso, las acciones allí consignadas y que según la valoración del riesgo se consideren deben implementarse para el manejo del riesgo, se llevaran a cabo a través del procedimiento Plan de mejoramiento por proceso, con el fin de minimizar los efectos del riesgo y sus posibilidades de ocurrencia.</p>	Planes de mejoramiento	
13	Automonitoreo.	Líderes de los procesos	<p>Se realiza sobre las acciones contenidas en el plan de mejoramiento en los tiempos que los responsables de llevar a cabo las acciones consideren pertinentes. Pero al menos deben ser dos veces durante el plazo de ejecución del plan de mejoramiento.</p>		
14	Monitoreo de Gestión.	Jefe de Control Interno y Equipo de Auditoría	<p>Se realiza sobre las acciones contenidas en el plan de mejoramiento en los tiempos que estipule el responsable del proceso. Pero este se debe hacer al menos una vez durante el plazo de ejecución del plan de mejoramiento. Este monitoreo se puede realizar en el marco de las auditorías de control interno, para ello en formato Planificación de Auditoría se incluye en el numeral 5 "elementos de control interno a auditar" el elemento MECI: Plan de Mejoramiento por Procesos.</p>	Planificación de la auditoría	
15	Resultado de los Monitoreo de Gestión.	Jefe de Control Interno y Equipo de Auditoría	<p>Teniendo en cuenta los resultados, se debe especificar las consideraciones necesarias para determinar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las acciones fueron efectivas. • Es necesario que las acciones o actividades se modifiquen o eliminen. • Se presentaron retrasos y los motivos de estos. • En el monitoreo de final de vigencia del plan, además se debe indicar: • Si es necesario que se continúe con el manejo de ese riesgo en la siguiente o próxima vigencia. 	Informe	

			Se consigna el Informe de Resultado.		
16	Reunión de Auto Evaluación.	Comité de Control Interno	Busca determinar el estado del mapa de riesgo institucional, estos resultados nos servirán como retroalimentación para corregir o perfeccionar las políticas de administración del riesgo contenidas en la Guía de Administración del Riesgo. Los resultados arrojados por el monitoreo de gestión serán la base de la auto evaluación. Las observaciones resultantes de esta reunión de Auto evaluación se consignarán en la respectiva acta.	Acta de Comité	
OBSERVACIONES	<p>RIESGOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos no sean elaborados por los responsables de sus procesos • No se actualicen los riesgos en los procesos 				
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: ANGÉLICA BUENO MOSQUERA. Cargo: Jefe de Control Interno.		Nombre: NAYIBE JULIO SIMANCA. Cargo: Gerente.	
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina de Calidad - 5 años		Documento Original: Oficina de Calidad		Disposición final: Archivo Histórico ESE Vidasinú	