



UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
SECCIONAL CÚCUTA
BIBLIOTECA “MANUEL JOSÉ VARGAS DURÁN”
RESUMEN – TRABAJO DE GRADO

Brayan Humberto Martínez Jaimes

Kevin Jesús Delgado Palacios

AUTOR(ES) NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

Ingeniería Industrial

FACULTAD

Gustavo García Torres

DIRECTOR

Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la E.S.E Hospital de los Patios – Norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009

TÍTULO

RESUMEN

El propósito de este proyecto es la propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ESE hospital local de los patios-norte de Santander basados en la norma técnica de calidad de la gestión pública NTCGP 1000 versión 2009 en debido, a que la calidad es un factor muy importante en las diferentes instituciones públicas en especial en el sector de la salud en Colombia donde al ser un derecho fundamental ya contaba con un sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, con el ánimo de incrementar la satisfacción de la comunidad y usuarios en general en la prestación del servicio.

Con la realización del proyecto se deberá convertirse en apoyo para el desarrollo de todas las actividades ejecutadas dentro del Hospital y, como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la ESE Hospital de Los Patios. Logrando el comienzo de la implementación de este sistema a los empleados y partes interesadas del hospital creando una cultura de calidad.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 236 PLANOS: ILUSTRACIONES: 5 CD-ROM: 1

ANEXOS: 10





AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS EN FORMATO DIGITAL A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD LIBRE

PARTE 1. Términos de la Autorización

Como AUTOR o AUTORES, efectúo entrega de un (1) ejemplar de la siguiente obra y me acojo a los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas e internacionales sobre Derechos de Autor y Propiedad Intelectual, al igual que lo estipulado en el Título X Propiedad Intelectual, del ACUERDO No. 06 (Octubre 25 de 2006) Por el cual se aprueba el Reglamento de Investigación de la Universidad Libre:

Título de la obra	Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la E.S.E Hospital de los Patios – Norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009
Director del Trabajo	Gustavo Garcia Torres
Facultad	Ingenierías
Programa	Ingeniería Industrial
Título Obtenido	Ingeniero industrial
Ciudad - Año	San Jose de Cucuta - 2017

PARTE 2. Autorización

Autorizo (s) a la Universidad Libre para que disponga de los derechos de comunicación pública, divulgación, préstamo y consulta que me corresponden como autor (es) del presente trabajo de grado, tesis, monografía, artículo científico, trabajo de investigación y otros, en formato virtual, electrónico, digital, en red, Internet, intranet y en general por cualquier formato conocido o por conocer:

Si autorizo No autorizo

PARÁGRAFO: Certifico que la obra objeto de esta autorización, es de exclusiva autoría y no vulnera derechos de terceros, por lo tanto en caso de presentarse alguna acción o reclamación sobre derechos de autor, asumiré toda la responsabilidad, y saldré en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos la Universidad Libre actúa como un tercero de buena fe.

Respaldo con mi firma la autorización descrita:

Autores:

Apellidos y Nombres: Brayan Humberto Martínez Jaimes
 Correo Electrónico: brayan.martinez@unilibrecucuta.edu.co

Firma:
 C.C. _____

Apellidos y Nombres: Kevin Jesus Delgado Palacios
 Correo Electrónico: Kevin.delgado@unilibrecucuta.edu.co

Firma:
 C.C. _____

Apellidos y Nombres: _____
 Correo Electrónico: _____

Firma: _____
 C.C. _____

Apellidos y Nombres: _____
 Correo Electrónico: _____

Firma: _____
 C.C. _____

Apellidos y Nombres: _____
 Correo Electrónico: _____

Firma: _____
 C.C. _____

* Este documento debe incluir las firmas de todos los autores para su recepción.

Fecha: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA BIBLIOTECA				
RADICACIÓN				
No Rad.	Fecha			Recepcionado por:
	DD	MM	AA	Nombre Completo y firma





UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL CÚCUTA

FACULTAD DE INGENIERÍA

FORMATO No. 6 – ACTA DE SUSTENTACIÓN DE OPCIÓN DE GRADO

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CÚCUTA
FACULTAD DE INGENIERIA – PROGRAMA INGENIERÍA INDUSTRIAL

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE OPCIÓN DE GRADO

Fecha	9 noviembre de 2017	Lugar	Sala N° 1 de Investigaciones
-------	---------------------	-------	------------------------------

Modalidad de opción de grado			
Trabajo de grado	X	Diplomado de profundización	
Pasantía empresarial		Pasantía Nacional o internacional	

Jurado Calificador			
Jurado 1	Victor Jose Angarita Rios	C.C.	88246963
Jurado 2	Javier Alberto bueno Esteban	C.C.	88190831

Calificación					
Terminadas las deliberaciones y en cumplimiento de las normas, reglamentos y acuerdos de los órganos de dirección de la Universidad Libre y el Comité de Opción de Grado de la Facultad de Ingeniería, se ha llegado a la conclusión de otorgar la calificación (en escala de 1.0 a 5.0) de:					
Jurado 1	3.8	Jurado 2	3.8	Nota Final	
APROBADO	X	NO APROBADO		APROBADO CON AJUSTES	

Al trabajo titulado:
Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en el ESE hospital local de los Patios-Norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009

Integrante(s)	Kevin Jesús Delgado Palacios	C.C.	1.093.773.414
	Brayan Humberto Martinez Jaimes	C.C.	1.090.483.019
Director Opción de Grado	Gustavo García Torres	C.C.	88223285
Director Metodológico	Gustavo García Torres	C.C.	88223285

Recomendaciones (Si se considera pertinente o no, marque con una X)			
Presentar en eventos	SI		NO
Publicar	SI		NO
Dar continuidad en otros trabajos	SI		NO

Firmas de los jurados

Jurado 1	Jurado 2



**PROPUESTA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN LA
E.S.E HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS-NORTE DE SANTANDER BASADOS EN
LA NTCGP 1000 VERSION 2009**

BRAYAN HUMBERTO MARTINEZ JAIMES

KEVIN JESÚS DELGADO PALACIOS

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CÚCUTA

FACULTAD INGENIERIAS

INGENIERIA INDUSTRIAL

DECIMO SEMESTRE

SAN JOSE DE CUCUTA

2017



**PROPUESTA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN LA
E.S.E HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS-NORTE DE SANTANDER BASADOS EN
LA NTCGP 1000 VERSION 2009**

KEVIN JESÚS DELGADO PALACIOS

COD.1093773414

BRAYAN HUMBERTO MARTINEZ JAIMES.

COD.1090483019.

***GUSTAVO GARCIA TORRES**

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CÚCUTA

FACULTAD INGENIERIAS

INGENIERIA INDUSTRIAL

DECIMO SEMESTRE

San José de Cúcuta

2017

***Director de tesis**



Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS	9
Introducción.....	12
1. Descripción del problema	13
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación de pregunta problema	16
1.3. Sistematización del problema	16
2. Alcances y limitaciones	17
2.1. Alcances	17
2.2. Limitaciones	17
3. Justificación del problema.	18
4. Objetivos.....	19
4.1. Objetivo general.....	19
4.2. Objetivo específico.....	19
5. Marco teórico y/o referencial	20
5.1. Antecedentes de investigación	20
5.2. Bases conceptuales	21
5.3. Bases teóricas	27
5.4. Bases legales	35
6. Información general de la ese hospital de los patios	39
6.1 Reseña histórica.....	39
6.2 ¿Quiénes somos?.....	40
6.3 Misión	40
6.4 Visión	40
6.5 Logo ESE Hospital de los Patios	40
6.6 Estructura administrativa.....	41
6.7 Imagen corporativa.....	41
6.8 Valores corporativos	41
6.9 Principios orientadores	42
6.10 Servicios	44
7. Diseño metodológico	46



7.1 Tipo de investigación	46
7.2 Población objeto de estudio	46
7.3 Instrumentos de recolección de información	46
7.4 Análisis de información	47
7.5 Recursos disponibles.....	47
8. Desarrollo de la propuesta documental en la E.S.E Hospital de los Patios.....	49
8.1 Diagnostico del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios	49
8.1.1 Diagnóstico inicial de todo el sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios	49
8.1.2 Diagnostico documental del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios	87
8.1.2.1 Documentos hallados por procesos del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital local de los patios.....	87
8.1.2.2 Resultados Diagnostico documental del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios	151
8.1.2.3 Hallazgos del diagnóstico de la parte documental del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios.....	152
8.2 Matriz D.O.F.A.....	157
8.2.1 Identificación de factores externos.....	157
8.2.1.1 Oportunidades	157
8.2.1.2 Amenazas.....	158
8.2.2 Identificación de factores internos	159
8.2.2.1 Fortalezas	159
8.2.2.2 Debilidades	159
8.2.3 Estrategias.....	160
8.2.3.1 Estrategias ofensivas FO	160
8.2.3.2 Estrategias defensivas FA.....	161
8.2.3.3 Estrategias de supervivencia DA	161
8.2.3.4 Estrategias de reorientación DO	162
9. Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en el ESE hospital local de los Patios - Norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009.....	163
9.1 Planificación de las actividades del sistema de gestión de calidad (cronograma).....	163
Se realizo la planificación y cronograma de actividades para el diseño y documentación de la norma técnica de calidad de la gestión pública NCTGP 1000 versión 2009 en E.S.E Hospital local de los patios el cual se encuentra en el anexo número 6.	168
9.2 Documentos asociados por cada ítem establecidos en la norma NTC GP1000 para el sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios.....	169



9.3	Direccionamiento estratégico	197
9.3.1	Política de calidad.	197
9.3.2	Objetivos de calidad.....	197
9.3.3	Mapa de procesos.....	198
9.4	Documentación del sistema de gestión de calidad de la E.S.E hospital de los patios	198
9.4.1	Estructura documental aplicada para el sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios	198
9.4.2	Listado maestro de documentos ESE Hospital de los Patios	204
9.4.3	Manual de calidad de la ESE Hospital de los Patios.....	219
9.4.4	Caracterizaciones de procesos del sistema de gestión de calidad	220
9.4.5	Manual de funciones de la ESE Hospital de los Patios	227
9.4.6	Matriz de responsabilidades	228
10.	Entrega del proyecto de grado titulado “Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ese hospital local de los patios-norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009” del sistema de gestión de calidad	229
11.	Conclusiones	230
12.	Recomendaciones	231
13.	Referencias bibliográficas	232
14.	Anexos	235
✓	Anexo número 6 - Cronograma de actividades para el diseño y documentación de la norma técnica de calidad de la gestión pública NCTGP 1000 versión 2009 en ese hospital local de los patios.....	235



LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Escala del nivel de cumplimiento del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios	49
Tabla 2 Diagnóstico inicial del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios	50
Tabla 3 Diagnostico documental proceso Gestión de direccionamiento	88
Tabla 4 Diagnostico documental proceso Gestión gerencial	89
Tabla 5 Diagnostico documental proceso Gestión de control interno	89
Tabla 6 Diagnostico documental proceso Gestión de calidad	91
Tabla 7 Diagnostico documental proceso Gestión de servicio al cliente	94
Tabla 8 Diagnostico documental proceso consulta externa	96
Tabla 9 Diagnostico documental proceso odontología	98
Tabla 10 Diagnostico documental proceso nutrición	99
Tabla 11 Diagnostico documental proceso terapia física y respiratoria	101
Tabla 12 Diagnostico documental proceso Psicología	102
Tabla 13 Diagnostico documental proceso Promoción y prevención	103
Tabla 14 Diagnostico documental proceso vacunación	112
Tabla 15 Diagnostico documental proceso atención domiciliaria	115
Tabla 16 Diagnostico documental proceso vigilancia epidemiológica	115
Tabla 17 Diagnostico documental proceso crónicos	117
Tabla 18 Diagnostico documental proceso salud publica	121
Tabla 19 Diagnostico documental proceso planeación líneas atención preferencial y transversal	122
Tabla 20 Diagnostico documental proceso atención de parto humanizado	123
Tabla 21 Diagnostico documental proceso urgencias	127
Tabla 22 Diagnostico documental proceso esterilización	131
Tabla 23 Diagnostico documental proceso hospitalización	132
Tabla 24 Diagnostico documental proceso laboratorio clínico	133
Tabla 25 Diagnostico documental proceso rayos x e imagenología	136
Tabla 26 Diagnostico documental proceso referencia y contrarreferencia	136
Tabla 27 Diagnostico documental proceso gestión de medicamentos y dispositivos médicos	137
Tabla 28 Diagnostico documental proceso comunicaciones	139
Tabla 29 Diagnostico documental proceso sistema y estadísticas	139
Tabla 30 Diagnostico documental proceso gestión documental	140
Tabla 31 Diagnostico documental proceso archivo clínico	140
Tabla 32 Diagnostico documental proceso gestión de talento humano	141
Tabla 33 Diagnostico documental proceso seguridad y salud en el trabajo	144
Tabla 34 Diagnostico documental proceso facturación	146
Tabla 35 Diagnostico documental proceso contabilidad	146
Tabla 36 Diagnostico documental proceso tesorería	147
Tabla 37 Diagnostico documental proceso presupuesto	147
Tabla 38 Diagnostico documental proceso almacén y suministros	147
Tabla 39 Diagnostico documental proceso gestión de la infraestructura física y mantenimiento	148
Tabla 40 Diagnostico documental proceso saneamiento ambiental	149



Tabla 41 Diagnostico documental proceso servicios generales	151
Tabla 42 Planificación de actividades para propuesta documental del sistema de gestión de calidad	163
Tabla 43 Documentos asociados por cada ítem establecidos en la norma NTC GP1000 para el sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios	169
Tabla 44 Estructura documental del sistema de gestión de calidad	198
Tabla 45 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos estratégicos ESE Hospital de los Patios	200
Tabla 46 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos misionales ESE Hospital de los Patios	200
Tabla 47 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos apoyo ESE Hospital de los Patios	202
Tabla 48 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos evaluación ESE Hospital de los Patios	203
Tabla 49 Listado maestro de documentos propuesto de la E.S.E Hospital de los Patios	204
Tabla 50 Modelo de caracterización del proceso direccionamiento estratégico del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios	221



LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Logo ESE Hospital de los Patios.....	40
Ilustración 2 Estructura administrativa ESE Hospital de los Patios	41
Ilustración 3 Imagen corporativa ESE Hospital de los Patios	41
Ilustración 4 Mapa de procesos del E.S.E Hospital de los Patios	198
Ilustración 5 Ejemplo estructura documental del sistema de gestión de calidad	204



Introducción

El propósito de este proyecto es la propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ESE hospital local de los Patios, Norte de Santander basados en la norma técnica de calidad de la gestión pública NTCGP 1000 versión 2009, debido a que la calidad es un factor muy importante en las diferentes instituciones públicas en especial en el sector de la salud en Colombia, donde al ser un derecho fundamental ya contaba con un sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, con el ánimo de incrementar la satisfacción de la comunidad y usuarios en general en la prestación del servicio.

Con la realización del proyecto deberá convertirse en apoyo para el desarrollo de todas las actividades ejecutadas dentro del Hospital y, como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la ESE Hospital local de Los Patios; Logrando el comienzo de la implementación de este sistema a los empleados y partes interesadas del hospital creando una cultura de calidad.



1. Descripción del problema

1.1 Planteamiento del problema

La documentación de un sistema de gestión de calidad es un factor estratégico para lograr una buena implementación en las diferentes empresas e instituciones, para que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. Según la norma técnica de calidad en la gestión pública (NTCGP 1000) se define sistema de gestión de calidad como “una Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades.”

En la actualidad en las empresas este factor ha tomado gran relevancia en donde ha sido un factor diferenciador.

Entrando en el contexto de salud El documento de "Salud Pública en las Américas" del año 2002 define como novena función esencial "garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos".

En mayo de 2002, la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la resolución WHA55.18 “Calidad de la atención: seguridad del paciente” por la que se urge a los Estados Miembros “a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente” y a “establecer

y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención”.

En donde Colombia el sector de la salud ha desarrollado un sistema propio de calidad, este sistema fue establecido por la ley 100 de 1993 y definido a través de un largo proceso desde el año 1994. se define actualmente en el decreto 1011 de 2006 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (SOGC).

La necesidad de diseñar y documentar un sistema de calidad a las diferentes entidades públicas da origen a la ley 872 de 2003 “Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios” con esta ley se ordena la creación del sistema de gestión de la calidad (SGC). Un año después de promulgada la Ley, el Gobierno Nacional expidió el decreto reglamentario 4110 del 9 de diciembre de 2004, mediante el cual se adoptó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000, actualmente modificado por el decreto nacional 4485 de 2009 en donde se actualiza la norma. Para la elaboración de este documento se han empleado como base las normas internacionales ISO 9000:2005 y la ISO 9001:2008 sobre gestión de la calidad.

El ministerio de protección social expido a efectos de unificar, dar alcance y compatibilizar los dos sistemas expidió la circular 000075 del 18 de noviembre de 2005. En ella se estableció que los dos sistemas son compatibles, complementarios y entre ellos no existe oposición alguna.

Llevándolo a la actualidad Ministerio de Salud expide el plan estratégico sectorial 2014-2018 del sector administrativo de salud y protección social estipulando que “Las entidades deben



implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad con base en las orientaciones contenidas en la NTCGP 1000” (p.36).

La Entidad de Salud del Estado Hospital Local de los Patios ubicado en la urbanización Daniel Jordán, Norte de Santander. Es una empresa de baja complejidad de atención que brinda a sus usuarios un servicio médico de consulta y de urgencias oportuno, generando altos niveles de satisfacción en los usuarios.

Analizada la información existente de la situación inicial de la institución se encontró que en el área de gestión gerencial no existe un plan de desarrollo estratégico documentado para su futura implementación, aunque se han encontrado acciones encaminadas al mejoramiento continuo de la ESE en sus principales procesos, este precedente demarca la necesidad de definir las principales líneas de acción a seguir en este periodo.

En la actualidad la organización cuenta con un área de control interno que desarrolla el MECI dentro de los parámetros normativos. En la actualidad se cuenta una implementación superior al 80 %.

En referencia a la gestión en el sistema único de acreditación, la gestión es escasa, se encuentra documentación, pero la implementación de 2012 es anecdótica. La ESE no cuenta con auto evaluación de los estándares de acreditación.

Actualmente la ESE ejecuta un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención que incluye el seguimiento y gestión de eventos adversos en salud de conformidad con la resolución 1446 de 2006 y la circular 047 de 2007.

De continuar con la situación actual que presenta el ESE hospital local de los patios se tendrá una dificultad en la implementación de un sistema de calidad llevando a la institución en el

incumplimiento de la ley 872 de esta disposición será causal de mala conducta también. La Alta labilidad normativa que obligara a cambios e improvisaciones.

Lo anterior propone el diseño y documentación del sistema gestión de calidad basándose en la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000. Por sus diferentes atribuciones y mejoras debido a que la norma promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos y la mejora continua en las entidades públicas.

1.2. Formulación de pregunta problema

- ¿Qué documentos y formatos son necesario para desarrollar el sistema de gestión de calidad en la ESE hospital local de los patios de acuerdo con la norma NTCGP 1000:2009?

1.3. Sistematización del problema

- ¿Qué nivel de documentación e implementación tienen los diferentes procesos asistenciales del ESE hospital local de los patios de acuerdo con los requerimientos de la NTCGP 1000?
- ¿Cuáles son los requisitos generados por la norma técnica NTCGP 1000 a los cuales se tienen que dar cumplimiento?
- ¿Qué documentos se tienen que realizar después del respectivo diagnostico preliminar y los solicitados por los aspectos legales, normativos en los procesos identificados?
- ¿Cómo será el proceso aprobación de los documentos propuestos del sistema gestión de calidad?

2. Alcances y limitaciones

2.1. Alcances

El alcance del proyecto abarca la propuesta documental del sistema de gestión de calidad en el ESE hospital local de los patios-norte de Santander basados norma técnica de calidad de la gestión pública NTCGP 1000 versión 2009 de calidad en donde encontramos unos parámetros los cuales son propuestos esta norma como lo son, el manual de calidad, la secuencia e interacción de procesos debidamente documentados y caracterización de procesos entre otros.

En congruencia con las etapas de planificación, gestión de los recursos, prestación del servicio de la institución.

2.2. Limitaciones

- Disponibilidad de tiempo y compromiso del personal operativo, para la revisión y elaboración de la documentación de cada proceso y recolección de información
- Congruencia de información recolectada y la realidad del ESE hospital de los patios.
- Incongruencia de la parte administrativa con la parte operativa
- Predisposición de la información documentada y registrada de los diferentes procedimientos del hospital

3. Justificación del problema.

La salud es un factor primordial en todo aspecto de estudio investigativo, como procesos, como servicio al cliente y aplicación en el ESE hospital local de los Patios. Atendiendo todas las necesidades y expectativas, tomando como pilar primordial ser una institución de salud humanizada, teniendo como objetivo, prestar servicios de salud de altísima calidad con calidez para la población del área de influencia.

La calidad se ha convertido en punto central de la organización en prestación de sus servicios por ende se pretende aplicar el decreto nacional 4485 de 2009. Trabajando en el objetivo corporativo sobre la eficiencia en la gestión en las áreas administrativas, financieras y tecnológicas.

Con la propuesta documental del sistema de gestión de calidad basados en la norma técnica NTCGP 1000 versión 2009 en ESE hospital local de los Patios se tendrá una base sólida para su implementación basándose en los procesos, los cuales permitirá dirigir y evaluar el desempeño institucional, conjuntamente más que el cumplimiento de la norma en un futuro lograr instaurar una cultura interna de calidad y mejora continua integrada con otros sistemas de la gestión o control sin crear conflictos, contribuyendo de esta manera con el fortalecimiento en áreas administrativas y operativas para facilitar su transición, donde la organización podrá tener la capacidad para proveer consistentemente un servicio que cumpla con los requisitos y satisfacción del cliente, donde se tendrá una integración en los indicadores y lineamientos en la institución, la universidad siendo importante en el desarrollo de aplicación de los conocimientos y herramientas de la calidad para nosotros como futuros profesionales, consolidando este trabajo conjuntamente con la dirección del hospital integrando una de las ramas de la ingeniería industrial de la universidad libre.



4. Objetivos.

4.1. Objetivo general.

Realizar la propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la E.S.E. Hospital Local de los Patios-norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009

4.2. Objetivo específico.

- Realizar un diagnóstico de cumplimiento e implementación de la norma técnica NTCGP 1000 en la ESE hospital de los patios
- Planear el cumplimiento de los requisitos propuestos NTCGP 1000
- Elaborar los documentos establecidos en el diagnostico preliminar y los solicitados por los aspectos legales, normativos en los procesos identificados
- Aprobar los documentos propuesto por el personal encargado para su posterior socialización a los funcionarios implicados

5. Marco teórico y/o referencial

5.1. Antecedentes de investigación

- Acevedo Rincón, Luz Helena, (2011), realizaron un trabajo de investigación denominado "diseño, documentación, implementación y evaluación del sistema de gestión de calidad, según los lineamientos de la norma técnica colombiana de gestión pública ntcgp1000:2009 en el instituto técnico superior Dámaso Zapata" el presente documento muestra el proceso llevado a cabo al interior del instituto técnico superior Dámaso Zapata para implementar la NTCGP1000. Y hace un recorrido por las diversas etapas que atravesó el ITS para lograr su propósito, tales como el diagnóstico, la planeación, la implementación y la evaluación del sistema de gestión, de la mano con las actividades de sensibilización y capacitación que aseguraron el éxito en el cumplimiento de lo propuesto.
- Pinto Dueñas Maribel Rocío, Silva Pérez Liz Eliana (2004), realizaron un trabajo de investigación denominado "diseño y propuesta de un sistema de gestión de calidad en el servicio de urgencias del hospital san juan de dios de Floridablanca". El presente trabajo describe y desarrolla un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001:2000, para el servicio de urgencias del Hospital de Floridablanca. Se realizó atendiendo los requerimientos legales del decreto 2309 de 2002 que reglamenta el sistema de garantía de calidad de la atención en salud, obligatorio para todas las entidades del sector y también lo dispuesto en la Ley 872 de diciembre 30 de 2003.

- Estrada Salazar Mónica, Vargas Estévez Paola (2004), realizaron un trabajo denominado "Diseño y estructura del sistema de gestión de la calidad basado en la norma Iso 9001:2000 para una institución prestadora de servicio de salud ips.". El presente trabajo ha identificado que en su operación la calidad del servicio surge solo de controles esporádicos, que no tienen la profundidad suficiente para la retroalimentación necesaria para permitir una mejora continua y una completa satisfacción de sus clientes. A partir de esta reflexión MEDISHI Ltda., comienza su proceso de certificación ISO 9001:2000 con el diseño y estructura de su Sistema de Gestión de la Calidad cuyos lineamientos, documentación y divulgación se encuentran descritos dentro de este trabajo de grado.

5.2. Bases conceptuales

- **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.
 - **Adquisición de bienes y servicios:** Cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la misión de la entidad.
 - **Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.
 - **Ambiente de trabajo:** Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- Auditoria interna: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener

evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

- **Auditoria:** Poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación.
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Capacidad de una entidad:** Aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple los requisitos para ese producto o servicio.
- **Cliente:** Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
- **Competencia:** Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- **Concesión:** Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.
- **Control de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. **NOTA** Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.
- **Diseño y desarrollo:** Conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.
- **Documento:** Información y su medio de soporte. Ejemplo: Registro, especificación, procedimiento documentado, dibujo, informe, norma.
- **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 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.
- **Equipo de medición:** instrumento de medición, software, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares, o combinación de ellos, necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.
- **Especificación:** Documento que establece requisitos.
- **Estructura de la entidad:** Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.
- **Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar 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.
- **Infraestructura:** Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.
- **Manual de la calidad:** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad

- **Mejora continua:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Misión de una entidad:** 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.
- **Planificación de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.
- **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. **NOTA** Es recomendable que los procedimientos definan, como mínimo: quién hace qué, dónde, cuándo, porqué y cómo.
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Producto o servicio:** Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
- **Proveedor:** Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.
- **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.
- **Riesgo:** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
- **Satisfacción del cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas
- **Sistema:** Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.
- **sistema de gestión de la calidad para entidades:** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en 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.
- **Trazabilidad:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
- **Validación:** Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
- **Naturaleza jurídica:** Es una Empresa Social del Estado con categoría especial de entidad pública municipal, descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; adscrita a la dirección local de salud e integrante de SGSSS previsto en la Ley 100 de 1993.
- **Comités:** son grupos de personas que actúan colectivamente y pueden resultar de gran ayuda y contribuir en grado considerable a la buena marcha de la empresa. Los comités

como instancias asesoras son fundamentales para la adopción de decisiones importantes en la Empresa Social del Estado

- **Auditoria medica:** La auditoría médica es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.
- **Atención al usuario:** Es el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa y asistencial demandada por el usuario
- **Gestión directiva y Gerencia:** Son las derivadas de la función diferenciadora de la dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operación al aza y se ejecuta directamente la misión institucional.
- **Gestión Financiera y Administrativa.** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Financiera y Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.
- **Gestión clínica y asistencial.** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive de cada entidad.



5.3. Bases teóricas

5.3.1. Historia de la calidad

La calidad, a lo largo de la historia ha tenido diferentes manifestaciones, los primeros indicios se remontan a la antigua Babilonia, sitio en el cual fue creado el código Hammurabi (1752 A.C.) En éste se puede leer “...si un arquitecto hizo una casa para otro, y no la hizo sólida, y si la casa que hizo se derrumbó y ha hecho morir al propietario de la casa, el arquitecto será muerto” (Miranda, Chamorro & Rubio, 2007 p. 2). Por otra parte, los fenicios tenían como práctica habitual cortar la mano de las personas que continuamente realizaban productos defectuosos. Estos dos ejemplos muestran la importancia del trabajo bien realizado desde las primeras civilizaciones. En el proceso evolutivo del concepto de calidad se distinguen diversas etapas y enfoques.

5.3.2. Etapas de la calidad

- **Etapa artesanal:** está caracterizada por los gremios en donde los maestros artesanos se convirtieron en formadores de sus aprendices. Durante los siglos XIII y XIV, había pesos y medidas que permitían comparar los trabajos de todos los artesanos con los demás, aunque sería al final el cliente el que seleccionaba y decidía la calidad deseada. En esta etapa el trabajo individual y la realización de productos o servicios tenía una relación directa y personal al hacer los trabajos a la medida del cliente.

- **Etapa industrial:** En el siglo XIX comienza un cambio espectacular en la producción que transformará las organizaciones, el trabajo y las formas de vida de la sociedad.

La revolución industrial inicia la producción en masa y consecuentemente la división del trabajo y la estandarización de los productos.

Esta etapa está caracterizada por productos a más bajo coste y estándares para llegar a una población que antes no los consumían. Bajan los precios y también la calidad del producto debido a los fallos del sistema de producción.

Aparece Taylor, que racionaliza el trabajo e intenta solucionar los problemas mediante la planificación y división de procesos de tal manera que capacita a obreros no especializados. Henry Ford introduce la línea continua de montaje para automóviles con tecnología compleja y obreros no especializados

- **Etapa de control de calidad:** Las empresas se van dando cuenta de la necesidad de establecer parámetros de calidad.

Las empresas pioneras en esta área, como la Western Electric, crean departamentos de inspección para controlar la calidad.

La solución fue introducir el proceso de inspección y control de la producción antes de la entrega al cliente. El control de calidad se realizaba como inspección final y consistía en descubrir la no calidad antes de que el producto o servicio se entregue al público, con el inconveniente de los costes del proceso de inspección y los productos desechados por defectuosos.

Para ello, en 1924, Walter Shewhart introdujo el control estadístico de calidad, que demostró como en cualquier proceso se producen variaciones que afectan a los resultados y por tanto a los requisitos del producto final. Estas variaciones deben de estar identificadas y descubrir dónde, cuándo y cómo se producen para mejorar el sistema de producción y la calidad de los productos.

En esta etapa la calidad se entiende como conformidad a las especificaciones y se mide en porcentajes de productos correctos al finalizar el proceso

- **Etapa de aseguramiento:** El aseguramiento de la calidad comienza al deducirse que la causa de no calidad identificadas en la etapa anterior de control de calidad obligaba al establecimiento de sistemas que evitasen los fallos en todo momento.

Comienza el desarrollo de normas cuyo cumplimiento es asegurar la calidad actuando como sistema preventivo. Aparecen las normas British Standard 600 (1935) y la Z-1 Standard para el control de los materiales militares. Comienzan a desarrollarse las normas ISO (International Standards Organización) y el aseguramiento de la calidad va más allá que la evaluación como control, ya que obliga al cumplimiento de unos requisitos que deben ser mantenidos a lo largo del proceso.

El control de calidad se refiere a los productos finales, mientras que el aseguramiento se centra en el conjunto de procesos, desde la entrada de materiales, durante el proceso de producción, y al final.

El aseguramiento de la calidad implica la gestión y establecimiento de estándares en cada elemento clave del proceso para asegurar la calidad del producto.

Al final de la década de los 50, Juran define la calidad como "aptitud para el uso", lo que amplía un poco más la idea de aseguramiento en cuanto a planteamientos de organización y evaluación.

- **Etapas de calidad total:** En los 70 Deming populariza el concepto de Calidad total como método de gestión cuyo objetivo es mejorar la organización, los productos y la satisfacción del cliente. La diferencia esencial con las etapas anteriores no depende de las especificaciones o del uso, sino de la satisfacción del cliente, encontrándose aspectos tan variados como la satisfacción del cliente en la gestión, administración y atención personal. El papel de la dirección y la implicación de todos los trabajadores se convierte en el factor esencial del cambio.

5.3.3. Generalidades de un sistema de gestión de la calidad

- **Enfoque basado en procesos**

Para lograr que los objetivos de la organización se logren de manera eficaz se requiere de la identificación de los procesos que se relacionan e interactúan entre sí, es muy común que la salida de un proceso se constituya en la entrada del siguiente, cuando se reconocen los procesos al interior y se maneja la dinámica entre ellos se puede decir que se maneja un enfoque basado en procesos.

Un beneficio de este tipo de enfoque es la facilidad que presenta en el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del propio sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Un enfoque de este tipo aumenta la importancia de:

- a) Comprender y cumplir con los requisitos
- b) Considerar los procesos en términos del valor que aportan
- c) Obtener resultados de desempeño y eficacia de los procesos
- d) Mejorar continuamente los procesos con base en mediciones objetivas

5.3.4. NTCGP1000:2009

- Generalidades

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6 de la ley 872 de 2003, esta norma específica los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y se ha elaborado con el propósito de que estas se puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes

5.3.5. Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios

Los principios del Sistema de Gestión de la Calidad se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales. Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que pueden ser utilizados por la alta dirección, con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño:

- a) Enfoque hacia el cliente:** la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.
- b) Liderazgo:** desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.
- c) Participación de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas:** es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, el cual permite el logro de los objetivos de la entidad.
- d) Enfoque basado en procesos:** en las entidades existe una red de procesos, la cual, al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

- e) Enfoque del sistema para la gestión:** el hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.
- f) Mejora continua:** siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.
- g) Enfoque basado en hechos y datos para la toma de decisiones:** en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.
- h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios:** las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.
- i) Coordinación, cooperación y articulación:** el trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.
- j) Transparencia:** la gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos para facilitar así el control social.

5.3.6. Beneficios de los sistemas de gestión con NTCGP1000

- facilita la mejora del desempeño
- aumenta la capacidad de proporcionar productos y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas
- permite demostrar por ley 872/2003 los requisitos de los sistemas de gestión
- mejora la imagen de la entidad ante sus clientes y entidades de control
- identifica el mejoramiento constante que permitirá a la organización de ser más eficaz, eficiente y efectiva en la prestación de sus servicios

5.3.7. Ciclo PHVA

El ciclo PHVA es un ciclo dinámico que puede ser empleado dentro de los procesos de la Organización. Es una herramienta de simple aplicación y, cuando se utiliza adecuadamente, puede ayudar mucho en la realización de las actividades de una manera más organizada y eficaz. Por tanto, adoptar la filosofía del ciclo PHVA proporciona una guía básica para la gestión de las actividades y los procesos, la estructura básica de un sistema, y es aplicable a cualquier organización.

A través del ciclo PHVA la empresa planea, estableciendo objetivos, definiendo los métodos para alcanzar los objetivos y definiendo los indicadores para verificar que en efecto, éstos fueron logrados. Luego, la empresa implementa y realiza todas sus actividades según los procedimientos y conforme a los requisitos de los clientes y a las normas técnicas establecidas, comprobando, monitoreando y controlando la calidad de los productos y el desempeño de todos los procesos clave.

Luego, se mantiene esta estrategia de acuerdo con los resultados obtenidos, haciendo girar de nuevo el ciclo PHVA mediante la realización de una nueva planificación que permita adecuar la Política y los objetivos de la Calidad, así como ajustar los procesos a las nuevas circunstancias del mercado. De manera resumida, el ciclo PHVA se puede describir así:

- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para obtener los resultados, de conformidad con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar procesos para alcanzar los objetivos.
- **Verificar:** Realizar seguimiento y medir los procesos y los productos en relación con las políticas, los objetivos y los requisitos, reportando los resultados alcanzados.
- **Actuar:** Realizar acciones para promover la mejora del desempeño del (los) proceso(s).

5.4. Bases legales

En el marco legal para la documentación y diseño de la NTCGP 1000 en el ESE hospital de los patios de norte de Santander se presenta en el marco de la salud y lo encontramos de manera primordial en la constitución política de 1991 en el artículo 48 en donde expresa “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presentará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en términos que establezca la ley.”

Para garantizar la prestación del servicio con calidad ofrecido, la documentación de esta norma técnica de calidad en la seguridad social encontraremos la siguiente normatividad que se debe tener en consideración como:

- **Ley 100 de 1993** en el que crea el sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado.

Expresado en el artículo 153 en los fundamentos del servicio público en donde encontramos la calidad en el numeral 9 “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”

- **Decreto 1011 de 2006** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En donde 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.

En el que el ese hospital de los patios queda asignado según en el artículo 9 numeral como. “En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas entidades deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática”

- **Ley 872 de 2003** por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Expresando en el artículo 1 su creación como “una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.”

- **Decreto 4485 de 2009** Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

La cual establece las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003.

- **Decreto 4295 de 2007** por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 considerando Que la Ley 872 de 2003 creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público, el cual deberá ser implementado por las entidades señaladas en el artículo 2°.

Que varias entidades, a las cuales se les aplica la Ley 872 de 2003, requieren sistemas específicos de calidad que propendan por el mejor desempeño institucional o de cada Sector Administrativo.

- **la circular 000075 del 18 de noviembre de 2005** expedida por el ministerio de protección social En ella se estableció que los dos sistemas son compatibles, complementarios y entre ellos no existe oposición alguna.
- **Resolución 2003 del 2014** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud



6. Información general de la ese hospital de los patios

6.1 Reseña histórica

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.) HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS fue creada mediante el acuerdo 035 del 14 de septiembre de 1998 del Consejo Municipal de Los Patios, como una categoría especial de entidad pública municipal, descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; adscrita a la dirección local de salud e integrante de SGSSS previsto en la Ley 100 de 1993, cuyo objetivo está orientado a la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención.

En desarrollo de este objetivo La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.) HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS presta acciones de enfermería en detección temprana y protección específica y enfermedades de Salud Pública, consulta externa general, consulta externa especializada: psicología, y fisioterapia; laboratorio clínico, atención de partos, imagenología y ecografía; urgencias y servicio de ambulancia las 24 horas.

La descentralización en salud del Municipio se logra a partir del 30 de marzo del 2000, fecha en la cual se aprueba el convenio interadministrativo suscrito entre el SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, la GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO Y EL MUNICIPIO DE LOS PATIOS, según consta en Acta N° 01 de protocolización que se suscribe para el efecto, y con la cual se transfirieron a la ESE HLMP, un total de 26 funcionarios de la parte asistencial de La ESE HOSPITAL ERASMO MEOZ, inmuebles, dotación e instrumental necesario para la prestación de los servicios de salud.

La ESE mantiene su sede administrativa en las instalaciones locativas ubicadas en la Av. 9 # 7-90 del barrio Daniel Jordán, cuya construcción fue terminada en 1997, e inaugurada al año siguiente, siendo su primer director o gerente el Doctor GREGORIO HERNÁNDEZ.

6.2 ¿Quiénes somos?

Es una empresa social del estado (E.S.E.) hospital local del municipio de los Patios dedicada en la prestación de salud en la atención de la comunidad de los PATIOS

6.3 Misión

“Somos una institución de salud humanizada, segura, fundamentada en un modelo de atención articulado en redes, que satisface las necesidades del usuario”.

6.4 Visión

“La **ESE Hospital Local de Los Patios**, para el año 2020, se proyecta como un hospital amigable, donde se busca la satisfacción de las necesidades de sus usuarios, a través del mejoramiento en la prestación del servicio, la calidad humana de sus empleados, el respeto por el medio ambiente, el buen uso de los recursos financieros, técnicos y tecnológicos, el cumplimiento de estándares de calidad y las buenas relaciones con los actores del sistema”.

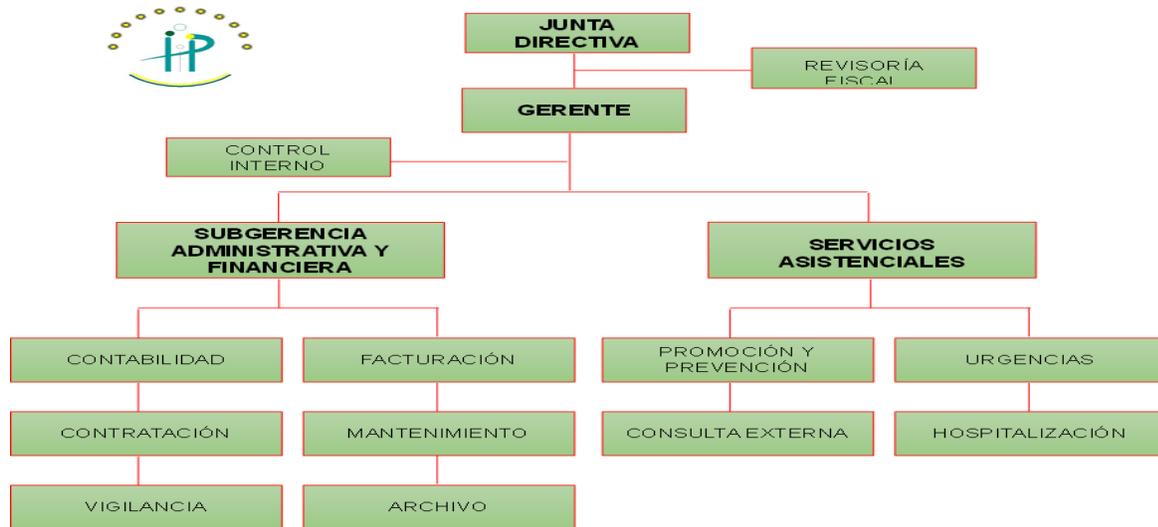
6.5 Logo ESE Hospital de los Patios

Ilustración 1 Logo ESE Hospital de los Patios



6.6 Estructura administrativa

Ilustración 2 Estructura administrativa ESE Hospital de los Patios



6.7 Imagen corporativa

Ilustración 3 Imagen corporativa ESE Hospital de los Patios



6.8 Valores corporativos

- **Lealtad:** Compromiso, honor y gratitud a nuestra institución y la sociedad.
- **Humanización:** Valoramos la vida de las personas como única en el universo.
- **Calidez:** Servimos con amabilidad, sonrisa y cortesía a nuestros usuarios.

- **Respeto a la dignidad humana:** Brindamos servicios como deseamos que sean ofrecidos a nuestros seres queridos.
- **Calidad:** Trabajamos con esmero por satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- **Equidad:** Actuamos con justicia e igualdad social valorando la individualidad.
- **Participación social:** Valoramos los aportes, las ideas representan de manera efectiva nuestro servicio.
- **Honestidad:** Nuestro ideal, pensar, sentir y actuar de acuerdo a la verdad.
- **Compromiso:** Satisfacemos de manera óptima las necesidades de los usuarios. Actuamos en pro del bienestar ofreciendo servicios con calidad a nuestros usuarios.
- **Trabajo en equipo:** Interactuamos y cooperamos por el cumplimiento de nuestros objetivos.

6.9 Principios orientadores

Sin perjuicio del cumplimiento de lo establecido en la constitución Nacional, las leyes, decretos y normas gubernamentales los funcionarios de la ESE Hospital Local del Municipio de los Patios observarán y cumplirán los siguientes principios:

- **Rectitud:** Los funcionarios se deben caracterizar por los principios éticos obrando con justicia y equidad.
- **Honradez:** Proceder recto de los funcionarios, respeto ético y material con las pertenencias y valores de los demás individuos.

- **Respeto:** Los funcionarios deben obedecer reglas mínimas de cortesía, miramiento, consideración o prevención que se tiene de alguien o algo.
- **Lealtad:** Es Atributo de los funcionarios de, cuya cualidad principal es la fidelidad, la verdad y legalidad.
- **Cortesía y Buenas Relaciones:** Es la atención, respeto y afecto que deben demostrar los funcionarios a sus compañeros y usuarios, lo cual conlleva a establecer buenas relaciones, siendo una base fundamental en la consecución de un fin.
- **Responsabilidad y Profesionalidad:** Se manifiesta dentro de los principios éticos de verdad y cumplimiento de sus deberes y obligaciones. La responsabilidad y profesionalidad se manifiesta en el individuo cuando este actúa con la capacidad y desenvolvimiento dentro de su profesión, por cuanto esta y se siente firme en sus conocimientos y principios.
- **Proteger y Conservar los Bienes Del Estado:** Los funcionarios estarán prestos a proteger los bienes del estado, debe ser una cualidad en el individuo o profesional que se tenga un profundo sentido de pertenencia con la Institución, para no contribuir en el detrimento socioeconómico del estado en el cual lo que se destruye o despilfarra trae consecuencias a priori que disminuyen la capacidad de inversión en nuevos proyectos.
- **Dignidad y Decoro:** Los funcionarios tienen de por sí un realce y excelencia que le merecen honor y respeto. El funcionario debe tener en cuenta en el trato con el público debe obrar con honestidad con la Institución de la cual hace parte, buscando siempre el buen nombre y reputación.
- **Puntualidad:** los funcionarios los debe caracterizar el cuidado y diligenciamiento de todas las actividades inherentes a su cargo con el fin de atender puntualmente el servicio de salud y la información actualizada de la Institución.

- **Tolerancia:** los funcionarios deben poseer la acción y efecto de tolerar y respetar las opiniones o prácticas de los demás, ya sea compañeros o usuarios.
- **Colaboración:** los funcionarios ante situaciones extraordinarias, debe realizar aquellas actividades aun sin ser inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar, neutralizar o superar las dificultades que se enfrenten.

6.10 Servicios

La ESE es una empresa de baja complejidad de atención que brinda a sus usuarios un servicio médico de consulta y de urgencias oportuno, generando altos niveles de satisfacción en los usuarios. A la fecha presenta habilitados los siguientes servicios:

- Consulta médica general
- Consulta odontológica general
- Servicio de urgencias
- Sala de procedimientos menores
- Sala de Reanimación
- Sala de observación
- Hospitalización adultos y niños
- Enfermería
- Toma de muestras de laboratorio clínico
- Toma de muestras de citologías Cérvico-uterinas
- Esterilización
- Vacunación

- Atención preventiva en salud oral
- Alteraciones del adulto
- Planificación familiar
- Promoción de la salud
- Laboratorio clínico
- Ecografías (obstétricas, pélvicas, abdominales)
- Radiología básica
- Transporte asistencial básico
- Actividades de detección temprana y protección específica, servicios de primer nivel de complejidad.



7. Diseño metodológico

7.1 Tipo de investigación

El presente proyecto utiliza una investigación de tipo documental y de campo debido a que se requiere información de tipo textual e información del público o fuente primaria de información, mediante herramientas como lo son reuniones y entrevistas.

Al igual lo podemos clasificar en un proyecto de estudios descriptivo debido a que describimos no solo el servicio que se ofrecerá sino también los diferentes protocolos y procedimientos

7.2 Población objeto de estudio

El proyecto se desarrollará como población objetivo en la E.S.E. Hospital Local de los Patios de Norte de Santander y por ende al ser una sola entidad no se es requerido sacar el muestreo de la población.

7.3 Instrumentos de recolección de información

Para la ejecución del proyecto de grado titulado “Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ese hospital local de los patios-norte de Santander basados en la NCTGP 1000 versión 2009” se utilizaron las siguientes herramientas:

- La observación
- La entrevista

7.4 Análisis de información

En base a la información recolectada a través de la observación y la entrevista se pudo identificar por áreas de cada proceso las falencias y debilidades respectivas en cuanto a la documentación requerida por la norma técnica GP 1000 versión 2009 para la implementación del sistema de gestión de calidad.

7.5 Recursos disponibles

Para la ejecución del proyecto de grado titulado “Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ese hospital local de los patios-norte de Santander basados en la NCTGP 1000 versión 2009” se contaron con los siguientes recursos.

➤ **físicos**

- Escritorio
- Elementos de papelería
- Computador portátil

➤ **Tecnológicos**

- Intranet – Ese Hospital de los Patios

➤ **Humanos**

- Departamento de calidad de la Ese hospital
- Jefes de área de cada proceso

➤ **Financieros**

- Para la propuesta documental del proyecto de grado “Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ese hospital local de los patios-norte de Santander basados en la

NCTGP 1000 versión 2009” no se necesitaron recursos financieros, se desarrolló propuesta documental

➤ **Recursos materiales**

- Instalaciones de la Ese Hospital de los Patios
- Áreas de cada proceso



8. Desarrollo de la propuesta documental en la E.S.E Hospital de los Patios

8.1 Diagnóstico del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios

Cumpliendo con el desarrollo del primer objetivo del proyecto, se recopiló la documentación de la plataforma estratégica y la documentación pertinente de la institución, se observó la estructura organizacional, se revisó la documentación haciendo un comparativo con lo requerido de la NTC GP:1000, se documentó las anomalías y no conformidades que se tenían los registros, se documentó las incoherencias en los soportes entregados

8.1.1 Diagnóstico inicial de todo el sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios

En el informe ejecutivo número 5 se hizo un comparativo especificando la información que se encuentra en la institución, al igual bajo los lineamientos de la norma se conciertan los documentos por actualizar o por realizar para cumplir con las directrices de la NTC GP:1000.

En la siguiente tabla 1 se expresa detalladamente el diagnóstico de la documentación de la E.S.E Hospital en cada uno de los numerales señalando lo que exige la norma técnica de la gestión pública.

Tabla 1 Escala del nivel de cumplimiento del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios

C	CUMPLE	Se le da cumplimiento a la gran mayoría de los requerimientos
NC	NO CUMPLE	No se les da cumplimiento a los requerimientos del ítem
P	PARCIALMENTE	Son aquellos ítems que no se hace cumplimiento en los requisitos expuestos, requerimientos desactualizados o no se hace seguimiento

Tabla 2 Diagnóstico inicial del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC GP 1000 VERSION 2009		
4.1	REQUISITOS GENERALES		
a.	Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación).	La E.S.E. Hospital de los Patios cuenta con un mapa de procesos, el cual estaba desactualizado el cual no respondía a las necesidades de la institución no dándole la pertinencia requerida a procesos como contratación, Siso entre otros rigiéndose por lo controles explícitos en la ley vigente	Parcialmente
b.	Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos.		
c.	Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control del proceso ya están definidos.		
d.	Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.		
e.	Se realiza seguimiento y medición a los procesos.		
f.	Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos.		
g.	Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos.		
h.	Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
i.	En el control sobre los procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes.		
4.2	GESTIÓN DOCUMENTAL		
4.2.1	Generalidades		
a.	La política y los objetivos de calidad están documentados.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con un procedimiento de gestión documental para el concepto de archivo total, en el cual se incluye formatos, procedimientos, documentos específicos e instructivos sobre el sistema de gestión de calidad.	Parcialmente
b.	Existe un Manual de Calidad.		
c.	Se han elaborado los procedimientos documentados exigidos por esta norma (Control de documentos, control de registros, control del producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditorías internas de calidad).		
d.	Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) que le permitan a la entidad asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.		
e.	Se diligencian y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000.		
4.2.2	Manual de Calidad		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Está documentado el Manual de la Calidad.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con un manual de calidad en el sistema de gestión en donde se establecen los objetivos y el alcance del sistema sin un amplia identificación y especificaciones técnicas del proceso.	Parcialmente
b.	Incluye el alcance y las exclusiones.		
c.	Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos.		
d.	Incluye la secuencia e interacción de los procesos.		
4.2.3	Control de Documentos		
a.	Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con un listado maestro de documentos para su respectivo control en los diferentes procesos con una serie de errores e inconformidades presentados en el informe n° 1 sobre Diagnóstico.	Parcialmente
b.	Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y reprobación de los documentos.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
c.	Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente.		
d.	Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable.		
e.	Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos.		
f.	Existe un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución.		
g.	Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos obsoletos, y la identificación de aquellos que se conservan.		
h.	Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (Ley de archivos).		
4.2.4	Control de Registros		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con formatos de registros respectivos para cada área, de igual forma cuenta con una intranet para su control y un área de archivo para su almacenamiento. Estos registros se realizan con el fin de dejar constancia sobre los diferentes procesos realizados. Al igual cuenta con un manual de diligenciamiento y manejo de historias clínicas	Parcialmente
b.	Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación, y disposición de los registros.		
c.	Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (Ley de archivos).		
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN		
a.	La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios.	El ESE hospital de Los Patios con la dirección a cargo de la gerente Sandra Giraldo, cuenta con actas en donde se evidencia la socialización del plan de desarrollo institucional 2016- 2020 a los demás funcionarios del hospital; con el fin de que todos formen parte activa de este proceso.	Cumple
b.	Se ha establecido la política de la calidad.		
c.	Se han establecido los objetivos de la calidad.		
d.	Se han realizado las revisiones por la dirección.		
e.	Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.		
5.2	ENFOQUE HACIA EL CLIENTE		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción.	El ESE hospital de Los Patios ofrece a los clientes diferentes herramientas, a través de las cuales pueden dar a conocer al encargado del proceso sus principales requerimientos, preguntas, inconformidades y demás. estos beneficios que se le hacen a los clientes son con el fin de generarle confianza y hacerlo parte fundamental de la organización, ya que de esa manera se pueden aplicar las mejoras necesarias a la empresa dándole cumplimiento a lo requerido por norma	Parcialmente
b.	Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad.		
c.	Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente.		
d.	Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control.		
5.3	POLÍTICA DE CALIDAD		
a.	Es adecuada a la misión de la entidad	El ESE hospital de Los Patios cuenta con una política de calidad que no respondía a las necesidades y panorama actual de la institución.	Parcialmente
b.	Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos.		
c.	Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
d.	Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.		
e.	Es comunicada y entendida por los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad.		
f.	Se revisa para su adecuación continua.		
5.4	PLANIFICACIÓN		
5.4.1	Objetivos de Calidad		
a.	Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización.	Los objetivos de la calidad no se tenían presentes en las unidades funcionales.	Parcialmente
b.	Incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y/o servicio.		
c.	Los objetivos de la calidad son medibles y consistentes con la política de la calidad.		
d.	En la formulación de los objetivos de calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad.		
e.	En la formulación de los objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad.		
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad		
a.	Se ha establecido en la planificación de la calidad el cumplimiento al requisito 4,1 de la Norma NTC GP 1000:2009.	La alta dirección del ESE hospital de Los Patios, asumiendo el compromiso del desarrollo de la reformulación de la política de calidad, vela constantemente por el cumplimiento de la misma, razón por la cual busca hacer la	No cumple

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
b.	Se ha establecido en la planificación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de calidad.	planeación pertinente para asignar las funciones y asegurarse del cumplimiento de las mismas.	
c.	Se ha establecido en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este.		
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN		
5.5.1	Responsabilidad y Autoridad		
a.	Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con una estructura administrativa y operativa designada por la Junta directiva.	Cumple
b.	Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades.		
5.5.2	Representante de la Dirección		
a.	Esta designado formalmente ante la organización.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con grupo interdisciplinar, quien realiza la función de apoyo y mantiene informada a la junta directiva mediante la Gerente sobre el proceso.	Parcialmente
b.	Es un miembro de la Dirección.		
c.	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.		
d.	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño de sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
e.	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.		
5.5.3	Comunicación Interna		
a.	Se han establecido mecanismos de comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	las diferentes áreas de trabajo del ESE hospital de Los Patios cuentan con formatos que permiten la transmisión de información oportuna de un área a otra, garantizando la eficacia de la misma, al igual cuentan con una intranet.	Parcialmente
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		
5.6.1	Generalidades		
a.	Está planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección al sistema de gestión de la calidad.	La ESE Hospital de los patios se realiza la revisión por la dirección por los lineamientos legales establecidos como el informe de gestión para la revisión de la junta directiva	Parcialmente
b.	La revisión es concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad del sistema de gestión de la calidad.		
c.	Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora		
d.	Se incluye en la revisión la evaluación de la necesidad de realizar cambios al sistema de gestión de la calidad incluyendo la política y los objetivos de la calidad		
e.	Se mantiene registros de las revisiones por la dirección.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
5.6.2	Información Para la Revisión		
a.	Se analizan en la revisión los resultados de las auditorías.	El ESE hospital de Los Patios cuenta con un cronograma para la realización de las auditorías y seguimientos del sistema de gestión, teniendo en cuenta todas las partes involucradas.	
b.	Se analiza en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes.		
c.	Se consideran en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio.		
d.	Se considera en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas.		
e.	Se consideran en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores.		
f.	Se consideran en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad.		
g.	Se consideran las recomendaciones para la mejora.		
h.	Se consideran en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la entidad.		
5.6.3	Resultado de la Revisión		
a.	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.	Todas las auditorías realizadas de ser requerido dejan un plan de trabajo para la mejora continua de la institución al igual de un seguimiento a este plan de trabajo	Parcialmente

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
b.	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora del producto con elación a los requisitos del cliente.		
c.	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos.		
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS		
6.1	PROVISIÓN DE LOS RECURSOS		
a.	Se han establecido estrategias para dar cumplimiento a la función de la entidad, asegurando los recursos necesarios para el logro de los objetivos institucionales.	El ESE hospital cuenta con un plan operativo anual de inversiones POAI, dentro de su plan de desarrollo dispone y gestiona los recursos para el desarrollo del sistema de gestión de calidad	Cumple
b.	La entidad ha asegurado la disponibilidad de recursos (financieros, humanos y operacionales) para el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad y para cumplir los requisitos de sus clientes/ciudadanos.		
6.2	TALENTO HUMANO		
6.2.1	Generalidades		
a.	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia.	El ESE hospital de Los Patios realiza un análisis exhaustivo del perfil que debe cumplir cada trabajador según las competencias que requiere cada cargo, cuenta con un área de recursos humanos donde a través de formatos, se les hace seguimiento a los trabajadores.	Parcialmente
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio.		
b.	Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades.		
c.	Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad.		
d.	Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad.		
e.	Se tienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas.		
6.3	INFRAESTRUCTURA		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	El ESE hospital de los patios actualmente cuenta con una infraestructura apta para la prestación del servicio eficaz, además obras en su última fase de la unidad de Urgencias y cuenta con otras tres IPS satélites dentro de la zona metropolitana	Cumple
b.	Incluye la infraestructura edificios, espacio de trabajo, servicios asociados (comunicaciones, transporte, vigilancia y otros), equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
c.	Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO		
a.	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	Los trabajadores del ESE hospital de los patios cuentan con un ambiente de trabajo agradable y propicio para que se puedan desempeñar con conformidad y ofrecer un buen servicio a los clientes. pero no cuentan con una evaluación ni medición de este ambiente	Cumple
b.	Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		
7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
a.	Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales).	En cada uno del programa de la institución se asignan uno recursos al igual que unas metas a cumplir no solo por parte de la institución sino a nivel departamental y nacional	Parcialmente
b.	Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo con lo planificado.		
c.	La planificación de estos procesos es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (4.1).		
d.	La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio.		
e.	La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
f.	La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación.		
g.	La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos.		
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE		
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio		
a.	La entidad ha determinado los requisitos del producto especificados por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo.	El ESE hospital de los patios cuenta con el departamento de servicio de información y atención al usuario (SIAU) para una comunicación constante, aparte de canales presenciales como el buzón de sugerencias y medios digitales para su comunicación. No se encontró información relevante y contundente. por parte de la institución cumple con todos los requerimientos propuestos para la habilitación de servicios	Cumple
b.	La entidad ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada.		
c.	La entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.		
d.	Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de la entidad.		
7.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos al cliente.	El ESE hospital de los patios con los servicios ofrecidos está debidamente habilitado por parte de la entidad territorial de salud	Cumple
b.	Se asegura la entidad que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente.		
c.	Se asegura la entidad que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.		
d.	Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen.		
e.	Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.		
7.2.3	Comunicación con los clientes		
a.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio.	El ESE hospital de los patios tiene un documento específico de Matriz de comunicaciones, la igual una página web para atender las inquietudes que puedan surgir	Parcialmente

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
b.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio).		
c.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (Posterior a la prestación del servicio)		
d.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana.		
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO		
7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo		
a.	Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Parcialmente
b.	Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.		
c.	Se determinan las etapas del diseño y desarrollo.		
d.	Se determinan las actividades de revisión, verificación, y validación apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.		
e.	Se establece la responsabilidad y autoridad para el diseño y desarrollo.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
f.	Se gestionan las relaciones entre los grupos comprometidos con el diseño y desarrollo, asegurando una eficaz comunicación entre los mismos.		
g.	Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo.		
7.3.2	Elementos de Entrada Para el Diseño y Desarrollo		
a.	Se determinan y se mantienen los registros de las entradas al diseño y desarrollo del producto y/o servicio.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Parcialmente
b.	Se incluyen los requisitos funcionales y de desempeño en las entradas al diseño y desarrollo.		
c.	Se incluyen los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo.		
d.	Se incluye la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo.		
e.	Se incluyen los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo.		
f.	Se revisa la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo.		
g.	Los requisitos de entrada del diseño y desarrollo se presentan completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones.		
7.3.3	Resultado del Diseño y Desarrollo		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Se proporcionan los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Parcialmente
b.	Se aprueban los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación.		
c.	Los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de entrada.		
d.	Los resultados del diseño y desarrollo proporcionan información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio.		
e.	Los resultados del diseño y desarrollo contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio.		
f.	Los resultados del diseño y desarrollo especifican las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio.		
7.3.4	Revisión del Diseño y Desarrollo		
a.	Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Parcialmente
b.	En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
c.	En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos.		
d.	En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando.		
e.	Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen.		
7.3.5	Verificación del Diseño y Desarrollo		
a.	Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Parcialmente
b.	En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.		
c.	Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma.		
7.3.6	Validación del Diseño y Desarrollo		
a.	Se realiza validación sistemática del diseño y desarrollo, según lo planificado.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Cumple
b.	En esta validación se confirma que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
c.	La validación se realiza antes de la entrega del producto y/o servicio al cliente.		
d.	Se registran los resultados de la validación y las acciones derivadas de la misma.		
7.3.7	Control de Cambios del Diseño y Desarrollo		
a.	Se identifican y registran los cambios que se efectúan al diseño y desarrollo.	El ESE hospital de los Patios realiza los procesos asistenciales mediante los lineamientos propuestos en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en Salud (SOGCS), como por ejemplo las guías clínica y programa de seguridad del paciente.	Cumple
b.	Se revisan, verifican y validan los cambios hechos al diseño y desarrollo.		
c.	Los cambios hechos al diseño y desarrollo se aprueban antes de la implementación.		
d.	La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado.		
e.	Se registran los resultados de las revisiones de los cambios y las acciones que de ellas se derivan.		
7.4	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		
7.4.1	Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios		
a.	Se asegura la entidad de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.	El ESE hospital de los Patios no cuenta con el proceso de evaluación e identificación de proveedores	No cumple

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
b.	Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de la entidad.		
c.	Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en una selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o motivación subjetiva).		
d.	Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad.		
e.	Están definidos los criterios de selección de los proveedores.		
f.	Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores		
g.	Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se deriven.		
h.	¿Existe un plan de compras adoptado por la Organización?		
i.	¿Los proveedores se encuentran debidamente inscritos en el registro de proponentes?		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
j.	Los bienes o servicios se encuentran debidamente inscritos en el CUBS (Catálogo único de bienes y servicios)		
k.	El Proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para la contratación estatal SICE.		
l.	El proceso contractual se reporta a la Cámara de Comercio.		
7.4.2	Información Para la Adquisición de Bienes y Servicios		
a.	Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados.	El ESE hospital de los patios cuenta con perfiles específicos en la adquisición de materiales, elementos o equipos, cuenta con formatos de solicitud de pedido proveedores, registro de proveedores y ficha técnica de los diferentes equipos	Cumple
b.	Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista.		
c.	Se definen requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad.		
d.	La entidad se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor.		
7.4.3	Verificación de los Productos y/o Servicios Adquiridos		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones.	El ESE hospital de los Patios en la recepción de los bienes e insumos se le realiza una revisión técnica.	Cumple
b.	Si la entidad o su cliente se proponen verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidos en los documentos de compra las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio.		
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
7.5.1	Control de la Producción y Prestación del Servicio		
a.	Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio.	El ESE hospital de los patios cuenta con manuales específicos mostrando el portafolio de servicios del hospital, maneja guías de trabajo para cada labor desempeñada en su área.	Parcialmente
b.	La producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas.		
c.	Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: fichas técnicas, protocolos del servicio).		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
d.	Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos).		
e.	Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio.		
f.	Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento.		
g.	Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición.		
h.	Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio.		
i.	Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia.		
7.5.2	Validación de los Procesos de la Producción y Prestación del Servicio		
a.	Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales).	El ESE hospital de los patios tiene validado los servicios acordes a la Resolución 2003 del 2014 Expedida por parte del Ministerio de Salud	Cumple
b.	La validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
c.	En la validación se incluye la calificación y aprobación de procesos, equipos, personas y métodos.		
d.	En la validación se incluyen los requisitos para los registros.		
e.	En la validación se incluyen los requisitos para la revalidación.		
7.5.3	Identificación y Trazabilidad		
a.	Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio.	El ESE hospital de los patios maneja por historias clínicas la información de los pacientes para su debido análisis y prestación de servicios	Cumple
b.	Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento.		
c.	Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio.		
7.5.4	Propiedad del cliente (bienes suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio)		
a.	Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización.	El ESE hospital de los patios cuenta con un departamento designado para la gestión del cliente designado SIAU	Cumple
b.	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente.		
c.	Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
d.	Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso.		
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio		
a.	Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto.	El ESE hospital de los patios cuenta con unas fichas y manuales para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos e infraestructura física	Parcialmente
b.	La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección.		
c.	La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo.		
7.6	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO		
a.	Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos.	El ESE hospital de los patios en su gestión biomédica tiene un plan de mantenimiento de equipos para su respectivo control y conformidad	Cumple
b.	Se asegura la entidad de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo con los requisitos establecidos.		
c.	Para validar los resultados de la medición, se calibran o se verifican los equipos de medición contra patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
d.	Si no existen patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales, la entidad se asegura de registrar la base utilizada para la calibración.		
e.	Cuando se detecta que un equipo de medición no tiene la capacidad de medición requerida, se le ajusta o reajusta según sea necesario.		
f.	Los equipos de medición se identifican para poder determinar su estado de calibración.		
g.	Se protegen los equipos de medición contra ajustes que invaliden la calibración.		
h.	Se protegen los equipos de medición contra daños y deterioro durante el manejo, mantenimiento y almacenamiento.		
i.	Se tienen los registros de las calibraciones o verificaciones de los equipos de medición.		
j.	Se evalúa la validez de los resultados de las mediciones anteriores, cuando se encuentra que un equipo no está conforme con los requisitos.		
k.	Cuando se encuentra que un equipo de medición no está conforme con los requisitos, se toman las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
l.	Cuando se usa software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, la entidad confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista.		
m.	Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario.		
8.	MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA		
8.1	GENERALIDADES	El ESE hospital de los patios cuenta con un departamento de control interno en donde se le preceden estas funciones	Cumple
a.	Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.		
b.	Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.		
c.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio.		
d.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.		
e.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
f.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.		
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		
8.2.1	Satisfacción del cliente		
a.	Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.	El ESE hospital de los patios maneja encuestas de satisfacción, grupos focales con la comunidad aledaña, buzón de sugerencias y PQRS (Peticiónes, quejas, reclamos y sugerencias)	Cumple
b.	Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente.		
8.2.2	Auditoria interna (de calidad)		
a.	Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad.	El ESE hospital de los patios maneja informes de auditoría interna, formato de programación anual en sus respectivas áreas	Cumple

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
b.	En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTC GP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad		
c.	En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.		
d.	Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar.		
e.	Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorías previas.		
f.	Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad.		
g.	Las auditorías internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad.		
h.	Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
i.	La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada.		
j.	Las actividades de seguimiento a las auditorías incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación.		
k.	Se conservan registros de los resultados de las auditorías internas.		
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos		
a.	Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.	El ESE hospital de los patios debe establecer mecanismos de seguimiento y medición de los procesos administrativos, medición de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos y comunicación a los clientes sobre el desempeño de los procesos de la entidad estableciendo canales de comunicación como cartelera pública, buzón de sugerencias, página electrónica, medios masivos y redes sociales	Parcialmente
b.	El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad.		
c.	Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados.		
d.	Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación.		
e.	Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio		
a.	Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio.	El ESE hospital de los patios debe establecer mecanismos de seguimiento y medición del producto o servicio. Algunos ejemplos de estos mecanismos, enmarcados en la autoevaluación, son: indicadores, equipo de seguimiento, listas de chequeo, métodos de ensayo. Los mecanismos de seguimiento y medición pueden estar definidos en los procedimientos.	Parcialmente
b.	Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio.		
c.	Se hace el seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo como se planificó.		
d.	Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio.		
e.	Los registros que se mantienen incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio.		
f.	Se libera el producto únicamente cuando ha cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas.		
g.	Cuando se libera el producto sin que se hayan cumplido las disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en la entidad o por el cliente.		
8.3	CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME		
a.	Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional.	El ESE hospital de los patios de las diferentes auditorías internas se les realizan observaciones	Cumple

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
b.	Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional.	en donde en los hallazgos tienen que ser corregidos	
c.	Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme.		
d.	Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada ó autorizar su uso bajo concesión ó definir acciones para impedir su uso o aplicación.		
e.	Cuando se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un producto no conforme, esto lo hace una autoridad pertinente en la entidad o el cliente, cuando sea aplicable.		
f.	Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones.		
g.	Los productos corregidos se someten a una nueva verificación.		
h.	Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto está en uso o ya fue entregado.		
8.4	ANALISIS DE DATOS		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
a.	Se determina cuáles son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.	El ESE hospital de los patios analiza y consolida la información validada para sus respectivos informes reglamentarios por ley dando respuesta de los procesos que se dan en la institución.	Cumple
b.	Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.		
c.	Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.		
d.	Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente.		
e.	El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente.		
f.	El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
g.	El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas.		
h.	El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores.		
8.5	MEJORA		
8.5.1	Mejora Continua		
a.	La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección	El ESE hospital de los patios cuenta con formatos de acciones de mejora para su implementación en las diferentes unidades funcionales	Parcialmente
8.5.2	Acciones Correctivas		
a.	Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir.	La ESE Hospital de los patios cuenta con un formato de acciones correctivas, preventivas y de mejora el cual no atendía las necesidades de la institución	Parcialmente
b.	Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas.		
c.	Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO
d.	Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados.		
8.5.2	Acciones Preventivas		
a.	Se eliminan las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	La ESE Hospital de los patios cuenta con un formato de acciones correctivas, preventivas y de mejora el cual no atendía las necesidades de la institución	Parcialmente
b.	Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales.		
c.	Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada.		
d.	Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas.		
e.	Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados.		

8.1.2 Diagnostico documental del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios

Seguidamente del diagnóstico inicial del sistema de gestión de calidad, se determinó que documentos, procedimientos, formatos y guías tenía el sistema de gestión de calidad por procesos de la E.S.E Hospital local de los Patios.

8.1.2.1 Documentos hallados por procesos del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital local de los patios

En el diagnostico documental realizado se identificaron documentos con inconsistencias en su contenido, falta de información pertinente, duplicidad, incoherencias y fallas en las estructuras documentales, las cuales sirvieron de fundamento para la propuesta documental.

A. Gestión directiva

De acuerdo con la estructura propuesta, la Junta directiva es la encargada de la gestión directiva en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Planeación estratégica
- Control de legislación
- Revisoría fiscal

Conforme al listado maestro de documentos y registro de la ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 3 Diagnostico documental proceso Gestión de direccionamiento

Gestión de direccionamiento							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DDIR01-01	ESTATUTO CONTRACTUAL			PDIR01-01	ELABORACION Y APROBACION DE PLAN DESARROLLO Y/O PLANES DE ACCION	FDIR01-01	MAPA RIESGOS CORRUPCION
DDIR01-02	MANUAL CONTRATACION			PDIR01-02	PROCEDIMIENTO PLANEACION ESTRATEGICA		
DDIR01-03	CODIGO ETICA			PDIR01-03	MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS		
DDIR01-04	PORTAFOLIO SERVICIOS						
DDIR01-05	CODIGO DE BUEN GOBIERNO						
DDIR01-06	MANUAL JUNTA DIRECTIVA						
DDIR01-07	MANUAL DEBERES Y DERECHOS						
DDIR01-08	PLAN ESTRATEGICO						
DDIR01-09	PLAN ANTICORUPCION Y ATENCION CIUDADANO						

B. Gestión gerencial

De acuerdo con la estructura propuesta, la gerencia es la encargada de la gestión gerencial en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Gerencia
- Control interno

Conforme al listado maestro de documentos y registro del ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 4 Diagnostico documental proceso Gestión gerencial

Gerencia							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DGER01-01	MANUAL GERENTE IPS	ISAS01-01	CONTRATACION			FGG01-01	FORMATO DE RESOLUCIONES
DGER01-02	MODELO ATENCION					FGER01-01	PLANEACION DE RECURSOS
DGER01-03	PLAN DE GESTION						
DGER01-04	PLATAFORMA ESTRATEGICA						

Tabla 5 Diagnostico documental proceso Gestión de control interno

Gestión de control interno							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DMCC01-01	CUADERNILLO INFORMATIVO MECI 1000:2005	IMCC01-01	IMPLEMENTACION DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA			FMCC01-01	PLAN DE MEJORAMIENTO
DMCC01-02	PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO					FMCC01-02	INFORME DE AUDITORIA INTERNA
						FMCC01-03	ACCION CORRECTIVA Y/O PREVENTIVA
						FMCC01-04	ARQUEO DE CAJAS
						FMCC01-05	INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO
						FMCC01-06	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONALES

						FMCC01-07	PROGRAMACION ANUAL DE AUDITORIAS
						FMCC01-08	EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA
						FMCC01-09	ACTA REUNION MECI-CALIDAD
						FMCC01-10	PLAN OPERATIVO POR PROCESOS
						FMCC01-11	SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO
						FMCC01-05	CONTROL PARA EL REGISTRO DIARIO DEL USO DE LA FOTOCOPIADORA

C. Gestión de calidad

De acuerdo con la estructura propuesta, la gerencia es la encargada de la gestión de calidad en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Gestión de calidad
- Gestión de servicio al cliente

Conforme al listado maestro de documentos y registro del ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 6 Diagnostico documental proceso Gestión de calidad

Gestión de calidad							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DMCC0 2-01	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SEGUROS	IMCC0 2-01	ELABORACION DE DOCUMENTOS SGC	PMCC0 2-01	GENERACION INFORME 4505	FMCC0 2-01	LISTADO MAESTRO DOCUMENTOS
DMCC0 2-02	MANUAL CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	IMCC0 2-02	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE- PREVENCIÓN DE CAIDAS	PMCC0 2-02	SEGURIDAD EN CARRO DE PARO	FMCC0 2-02	AUTOEVALUACION ESTANDARES
DMCC0 2-03	MANUAL DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	IMCC0 2-03	IMPLEMENTACIÓN RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PMCC0 2-03	MANUAL PROCEDIMIENTOS REACCION INMEDIATA EVENTOS ADVERSOS	FMCC0 2-03	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO
DMCC0 2-04	PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJOR. CONTINUO	IMCC0 2-04	SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS	PMCC0 2-04	PROTOCOLO SEGURIDAD PACIENTE	FMCC0 2-04	MATRIZ DE PRIORIZACION FACTOR CRITICO DE ÉXITO
DMCC0 2-05	MANUAL DE SEGUIMIENTO A RIESGOS EN SERVICIOS DE SALUD	IMCC0 2-05	RECOLECCION DE INFORMACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD			FMCC0 2-05	PRIORIZACIÓN POR METODOLOGIA DE RIESGO, COSTO Y VOLUMEN
DMCC0 2-06	CARTILLA SEGURIDAD PACIENTE	IMCC0 2-06	GUIA PRACTICA CUIDADO HUMANIZADO			FMCC0 2-06	FICHA REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES
DMCC0 2-07	MANUAL CONSENTIMIENTO INFORMADO	IMCC0 2-07	CLASIFICACION INTERNACIONAL SEGURIDAD PACIENTE			FMCC0 2-07	SEGUIMIENTO A RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS
DMCC0 2-08	MANUAL ATENCION SEGURA PACIENTES	IMCC0 2-08	GUIA CUADRO MANDO			FMCC0 2-08	RELACION EVENTOS CENTINELAS Y RIESGOS
DMCC0 2-09	MANUAL AUDITORIA CALIDAD	IMCC0 2-09	GUIA PRACTICA IDENTIFICACION SEGURA MUESTRAS LABORATORIO			FMCC0 2-09	CRONOGRAMA EVALUACION GUIAS Y ADHERENCIA

Gestión de calidad							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DMCC0 2-10	MANUAL DE COMITES	IMCC0 2-10	GUIA ADMINISTRAC ION SEGURA MEDICAMENT OS			FMCC0 2-10	ACTIVIDADE S DIARIAS DE PERSONAL
DMCC0 2-11	MANUAL FICHAS TECNICAS PACIENTE TRAZADOR	IMCC0 2-11	GUIA IDENTIFICACI ON SEGURA PACIENTES			FMCC0 2-11	CRONOGRAM A CAPACITACI ON
DMCC0 2-12	MANUAL MANEJO DE RESIDUOS	IMCC0 2-12	GUIA PREVENCION CAIDAS			FMCC0 2-12	ANALISIS RIESGO METODOLOGI A AMFE
DMCC0 2-13	MANUAL USUARIOS SIHO	IMCC0 2-13	COMITÉ CALIDAD			FMCC0 2-13	PRIORIZACIO N METODOLOGI A RIESGO,COST O, VOLUMEN
DMCC0 2-14	METODOLOG IA EVENTOS ADVERSOS AMFE	IMCC0 2-14	ELABORACIO N POLITICAS INSTITUCIONA LES			FMCC0 2-14	PLAN MEJORAMIE NTO
DMCC0 2-15	MANUAL CALIDAD	IMCC0 2-15	VERIFICACION DOCUMENTOS EN INTRANET			FMCC0 2-15	FORMULACIO N PLAN AUDITORIA
DMCC0 2-16	PLATAFORM A Y PLANEACIO N ESTRATEGIC A	IMCC0 2-16	PROTOCOLO DE LONDRES			FMCC0 2-16	PLANEACION AUDITORIA
DMCC0 2-17	MANUAL PAMEC	IMCC0 2-17	GUIAS PAMEC 2007 MINSALUD			FMCC0 2-17	LISTA CHEQUEO
DMCC0 2-18	SELECCIÓN ENTREGA DE DM	IMCC0 2-18	GUIA AUDITORIA MEJORAMIE NTO CONTINUO CALIDAD			FMCC0 2-18	PROCEDIMIE NTO
DMCC0 2-19	COMUNICAC IÓN EQUIPO SALUD- PACIENTE	IMCC0 2-19	MANUAL RESOLUCION 123 ACREDITACIO N IPS			FMCC0 2-19	ACCION CORRECTIVA Y PREVENTIVA
		IMCC0 2-20	HOJA RADAR AUTOEVALUA CION			FMCC0 2-20	SOLICITUD ELABORACIO N Y AJUSTE DOCUMENTO S
		IMCC0 2-21	PLAN DESARROLLO			FMCC0 2-21	FICHA TECNICA

Gestión de calidad							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
							INDICADORES
		IMCC0 2-22	CORELACION PROCESOS VS SISTEMA GESTION CALIDAD			FMCC0 2-22	ELABORACION FLUJOGRAMAS
		IMCC0 2-23	ESTRUCTURA Y CRONOGRAMA PAMEC			FMCC0 2-23	MEDICION OPORTUNIDAD
		IMCC0 2-08	EVALUACION PERSONAL POR PROCESO			FMCC0 2-24	MARCAJE CD
		IMCC0 2-11	GUIA IDENTIFICACION SEGURA PACIENTES			FMCC0 2-25	PRESENTACION POWER PAINT
		IMCC0 2-12	GUIA PREVENCION CAIDAS			FMCC0 2-26	MARCAJE SOBRES
		IMCC0 2-13	COMITÉ CALIDAD			FMCC0 2-27	IDENTIFICACION SEGURA
		IMCC0 2-14	ELABORACION POLITICAS INSTITUCIONALES			FMCC0 2-28	INDICADORES CALIDAD
		IMCC0 2-15	RECOMENDACIONES GENERALES AL USUARIO Y PERSONAL.			FMCC0 2-29	INDICADORES GESTION
						FMCC0 2-30	REPORTE ACTIVIDADES CONTRATISTAS
						FMCC0 2-31	NOTIFICACION, CLASIFICACION Y PLAN MEJORAMIENTO DE EVENTO ADVERSO Y/O INCIDENTE
						FMCC0 2-32	RELACION NOTIFICACION INCIDENTES
						FMCC0 2-33	ANALISIS EVENTOS ADVERSOS

Gestión de calidad							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
						FMCC0 2-34	COMPROMIS O EDUCATIVO EN RONDAS DE SEGURIDAD

Tabla 7 Diagnostico documental proceso Gestión de servicio al cliente

Gestión de servicio al cliente							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DMCC03-01	MANUAL ATENCIÓN AL USUARIO			PMCC03-01	ALIANZA USUARIOS	FMCC03-01	ACTIVIDADES DIARIAS DE SIAU
DMCC03-02	MODELO ESTATUTOS ALIANZA DE USUARIOS					FMCC03-02	RELACION QUEJAS Y RECLAMOS
DMCC03-03	INFORME SIAU					FMCC03-03	SOLICITUD DE TRASLADO DE HISTORIA CLINICA
						FMCC03-04	APERTURA DE BUZON
						FMCC03-05	BUZON DE SUGERENCIAS
						FMCC03-06	INFORMACION Y ORIENTACION AL USUARIO
						FMCC03-07	ENCUESTA SATISFACCION
						FMCC03-08	PQRSD
						FMCC03-09	RELACION ALIANZA USUARIOS

D. Gestión cliente asistencial

De acuerdo con la estructura propuesta, los servicios asistenciales es la encargada de la gestión cliente asistencial en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Consulta Externa
- Odontología

- Nutrición
- Terapia Física y Respiratoria
- Psicología
- Promoción y Prevención
- Vacunación
- Estrategia APS
- atención domiciliaria
- Vigilancia epidemiológica
- Crónicos
- Salud pública
- planeación líneas atención preferencial y transversal
- Atención de Parto Humanizado
- Urgencias
- esterilización
- hospitalización
- Laboratorio Clínico
- Rayos X e Imagenología
- Referencia y Contrarreferencia
- Gestión de medicamentos y dispositivos médicos

Conforme al listado maestro de documentos y registro de la ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 8 Diagnostico documental proceso consulta externa

Consulta externa							
documento especifico		instructivo		procedimiento		Formato	
DSAS01-01	GUÍA DE ATENCION POR DESNUTRICIÓN	ISAS01-01	PROTOCOLO FOMENTO LACTANCIA MATERNA			FSAS 01-01	FORMATO HISTORIA CLÍNICA
DSAS01-02	MANUAL PARA EL MANEJO DEL PIE DIABETICO	ISAS01-02	GUÍAS DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA			FSAS 01-02	RIPS CONSULTA EXTERNA
		ISAS01-03	GUÍA ATENCIÓN IRA MINSALUD 0412			FSAS 01-03	RECETARIO
		ISAS01-04	GUÍA ATENCIÓN EDA MINSALUD 0412			FSAS 01-04	SOLICITUD-CERTIFICADO-APOYO DIAGNOSTICO
		ISAS01-05	GUÍA LINFOMA MINSALUD 2013			FSAS 01-05	SEGUIMIENTO A REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
		ISAS01-06	GUÍA CÁNCER MAMA MINSALUD 2013			FSAS 01-06	formato de apertura historia clínica
		ISAS01-07	GUÍA ABUSO ALCOHOL MINSALUD 2013				
		ISAS01-08	GUÍA ANOMALÍAS CONGÉNITAS RECIÉN NACIDO				
		ISAS01-09	GUÍA CÁNCER COLON MINSALUD 2013				
		ISAS01-10	GUÍA CÁNCER PRÓSTATA MINSALUD 2013				
		ISAS01-11	GUÍA DE EDA SEGÚN AIEPI				
		ISAS01-12	GUÍA DEPRESIÓN Y TRASTORNO DEPRESIVO				
		ISAS01-13	GUÍA DERMATITIS				
		ISAS01-14	GUÍA EDA MINSALUD 2013				
		ISAS01-15	GUÍA ICTUS ESPAÑA 2005				
		ISAS01-16	GUÍA IRA 3				

Consulta externa						
documento especifico		instructivo		procedimiento		Formato
		ISAS01-17	GUÍA ITS MINSALUD 2013			
		ISAS01-18	GUÍA LEUCEMIA AGUDA Y MIELOIDE MINSALUD 2013			
		ISAS01-19	GUÍA LUMBALGIA ESPAÑA 2007			
		ISAS01-20	GUÍA MANEJO ASMA MINSALUD 2013			
		ISAS01-21	GUÍA SEPSIS NEONATAL TEMPRANA MINSALUD 2013			
		ISAS01-22	GUÍA IRA BAJA			
		ISAS01-23	GUÍA NEUMONÍA			
		ISAS01-24	PROCEDIMIENTO INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES			
		ISAS01-25	GUIAS CONSULTA EXTERNA			
		ISAS01-26	GUIA SINDROME CORONARIO AGUDO MINSALUD 2013			
		ISAS01-27	CONSULTA EXTERNA HLP			
		ISAS01-28	GUIA EXTERNA 2003			
		ISAS01-29	CRITERIOS EXPLICITOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS			

Tabla 9 Diagnostico documental proceso odontología

Odontología							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS0 2-01	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	ISAS0 2-01	MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS	PSAS0 2-01	GUÍA DE MANEJO DE ENFERMEDADES DE SALUD PÚBLICA	FSAS0 2-01	HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
DSAS0 2-02	GUÍA DE MANEJO DE RADIO PROTECCIÓN	ISAS0 2-02	ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	PSAS0 2-02	GUÍA DE MANEJO EN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR P Y P	FSAS0 2-02	HISTORIA CLÍNICA POR P Y P
DSAS0 2-03	ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	ISAS0 2-03	H.C. ODONTOLÓGICA POR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	PSAS0 2-03	GUÍA DE MANEJO DE ATENCIÓN ODONT. SEGÚN MORBILIDAD	FSAS0 2-03	CONTROL DE DISPOSITIVOS ODONTOLÓGICOS
DSAS0 2-04	GUÍA CARIES Y ENFERMEDAD GINGIVAL	ISAS0 2-04	H.C. ODONTOLÓGICA POR URGENCIAS	PSAS0 2-04	GUÍA DE MANEJO DE ATENCIÓN ODONT. PRIORITARIA	FSAS0 2-04	RECEPCIÓN DE INSUMOS DE ODONTOLÓGICA
DSAS0 2-05	MANUAL DE ESTERILIZACIÓN ODONTOLÓGICA	ISAS0 2-05	INDICACIONES POST EXODONCIA	PSAS0 2-05	GUÍA DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA	FSAS0 2-05	HC ODONTOLÓGICA POR URGENCIAS
DSAS0 2-06	MANUAL DE RECOMENDACIONES Y COMPLICACIONES PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS	ISAS0 2-06	MANEJO DE RIESGOS Y COMPLICACIONES EN EL USO DE LA ANESTESIA LOCAL	PSAS0 2-06	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL ODONTOLÓGICO	FSAS0 2-06	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS
		ISAS0 2-07	NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN DENTAL	PSAS0 2-07	MANUAL DE PROTOCOLO DE VIH		
		ISAS0 2-08	PROCESOS ODONTOLÓGICOS	PSAS0 2-08	SERVICIO AMBULATORIO ODONTOLÓGICO		
				PSAS0 2-09	PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE		

Odontología							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
					PARA ODONTOLOGIA		
				PSAS0 2-10	MANEJO INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO		
				PSAS0 2-11	PROTOCOLO TOMA DE RAYOS X		

Tabla 10 Diagnostico documental proceso nutrición

Nutrición							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS0 3-01	CODIGO INTERNACIONAL COMERCIALIZACION SUCEDANEOS OMS	ISAS0 3-01	PROTOCOLO DE FOMENTO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL HLP	PSAS1 3-01	SERVICIO DE ALIMENTACION	FSAS1 3-01	RELACION DE EDUCACION A USUARIOS
DSAS0 3-02	INFORME ANEMIA FERROPENICA OMS	ISAS0 3-02	ACTIVIDAD FÍSICA				
DSAS0 3-03	MANUAL CONSEJERIA ALIMENTACION VIH OMS	ISAS0 3-03	AGUA SALUDABLE				
DSAS0 3-04	MANUAL CUIDADOS VIH OMS	ISAS0 3-04	ALIMENTACIÓN SALUDABLE				
DSAS0 3-05	MANUAL DE EDUCACION SUPLEMENTOS	ISAS0 3-05	GUIA ADMINISTRACION VITAMINA A				
DSAS0 3-06	GUIA TRATAMIENTO MALNUTRICION GRAVE OMS	ISAS0 3-06	GUIA MANEJO NUTRICIONAL MENOR 5 AÑOS				
DSAS1 3-12	MANUAL IAMI UNICEF	ISAS0 3-07	ALIMENTACIÓN VIA ORAL				
DSAS1 3-13	MANUAL DE GUIAS DE ATENCION POR NUTRICION	ISAS0 3-08	GUIA DE ATENCION DE DESNUTRICION				

Nutrición							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS0 3-09	GUIA DE ATENCION NUTRICIONAL POR DESNUTRICION				
		ISAS0 3-10	RECOMENDACION FORTIFICACION HARINAS OMS				
		ISAS0 3-11	RESUMEN- EJECUTIVO- GUIAS- ALIMENTARIAS				
		ISAS0 3-12	MANUAL DE NUTRICIÓN				
		ISAS0 3-13	MENU INFANTIL 6-9 MESES				
		ISAS0 3-14	MINUTA 1				
		ISAS0 3-15	MINUTA INFANTIL I				
		ISAS0 3-16	MINUTA INFANTIL II				
		ISAS0 3-17	MENU INFANTIL DE 9 MESES A 2 AÑOS				
		ISAS0 3-18	MINUTA 2				
		ISAS0 3-19	MINUTA 3				
		ISAS0 3-20	MINUTA HIPOGRASA 1				
		ISAS0 3-21	MINUTA HIPOGRASA 2				
		ISAS0 3-22	MENUS INFANTILES DE 9 MESES A 2 AÑOS II				
		ISAS0 3-23	PLAN A				
		ISAS0 3-24	PLAN ALIMENTARIO				

Nutrición							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
			BAJO EN CALORÍAS				
		ISAS0 3-25	PLAN ALIMENTARIO BAJO EN GRASA				
		ISAS0 3-26	PLAN ALIMENTARIO DE MADRE GESTANTE DE BAJO PESO				
		ISAS0 3-27	PLAN ALIMENTARIO DE MADRE GESTANTE EN SOBREPESO				
		ISAS0 3-28	PLAN ALIMENTARIO NIÑO ESCOLAR				
		ISAS0 3-29	PLAN ALIMENTARIO NIÑO(A) EN EDAD PREESCOLAR				
		ISAS0 3-30	PRESENTACION CLASIFICACION RIESGO NUTRICIONAL NACER				
		ISAS1 3-31	TERMINOS REFERENCIA CONTRATACION SERVICIO ALIMENTACION				
		ISAS1 3-32	FLUJOGRAMA DIAGNOSTICO INICIAL MALNUTRICION				

Tabla 11 Diagnostico documental proceso terapia física y respiratoria

Terapia física y Respiratoria							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS04 -01	GUIA DE MANEJO EPICONDILITIS	ISAS04 -01	MANEJO HIPOGRESIVO GESTANTES			FSAS04 -01	VALORACION RESPIRATORIA

Terapia física y Respiratoria							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS04-02	GUIA DE MANEJO MANGUITO ROTADOR	ISAS04-02	MANUAL DE FUNCIONES			FSAS04-02	VALORACION FISIOTERAPIA
DSAS04-03	GUIA DE MANEJO DE COMPRESION DE NERVIOS CIATICOS	ISAS04-03	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA			FSAS04-03	CONSENTIMIENTO INFORMADO
DSAS04-04	GUIAS TERAPIA RESPIRATORIA	ISAS04-04	GUÍA DE MANEJO-DORSALGIA			FSAS04-04	EVOLUCION FISIOTERAPIA
DSAS04-05	MANUAL DE PROCESOS ELABORACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	ISAS04-05	GUÍA DE MANEJO-LUMBALGIA				
		ISAS04-06	GUÍA DE MANEJO-PARÁLISIS FACIAL				
		ISAS04-07	GUÍA DE MANEJO TÚNEL DEL CARPO				
		ISAS04-08	GUÍA DE MANEJO-CERVICALGIA				
		ISAS04-09	GUIAS MANEJO FISIOTERAPIA				

Tabla 12 Diagnostico documental proceso Psicología

Psicología							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS05-01	MANUAL DE PSICOLOGIA					FSAS05-01	CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
						FSAS05-02	CUESTIONARIO RQC
						FSAS05-03	CONSENTIMIENTO INFORMADO
						FSAS05-04	ESCALA RIESGOS SPA
						FSAS05-05	HISTORIA CLINICA

Tabla 13 Diagnostico documental proceso Promoción y prevención

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS06-01	GUÍA DE ATENCIÓN A NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO	ISAS06-01	INSTRUCTIVO VALORACION AGUDEZA VISUAL	PSAS06-01	PROCEDIMIENTO ATENCION AGUDEZA VISUAL	FSAS06-01	ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR
DSAS06-02	MANUAL ATENCION CONTROL ADULTO	ISAS06-02	INSTRUCTIVO FORMATO AGUDEZA VISUAL	PSAS06-02	PROCEDIMIENTO ATENCION CITOLOGIAS	FSAS06-02	HISTORIA CLINICA PEDIATRICA
DSAS06-03	GUIAS ADULTO MAYOR 2007	ISAS06-03	PROTOCOLO AGUDEZA VISUAL	PSAS06-03	PROCEDIMIENTO ATENCION VPH, NIC	FSAS06-03	CARNET DE SALUD INFANTIL
DSAS06-04	DETECCION ALTERACIONES ADULTO 2000	ISAS06-04	RUTA ATENCION CITOLOGIAS ANORMALES	PSAS06-04	PROCEDIMIENTO ATENCION CRECIMIENTO Y DESARROLLO	FSAS06-04	CARNET DE PROGRAMA DE SALUD MATERNO PERINATAL
DSAS06-05	ALTERACIONES AGUDEZA VISUAL 2000	ISAS06-05	INSTRUCTIVO FORMATO TOMA CITOLOGIAS	PSAS06-05	PROCEDIMIENTO ESTERILIZACION Y DESINFECCION EQUIPO DIU	FSAS06-05	FORMATO HISTORIA CLINICA VALORACION GESTANTES 05
DSAS06-06	GUIA AGUDEZA VISUAL 2007	ISAS06-06	RUTA ATENCION CITOLOGIAS	PSAS06-06	PROCEDIMIENTO ATENCION CONTROL PRENATAL	FSAS06-06	FORMATO HISTORIA CLINICA VALORACION GESTANTES 06
DSAS06-07	VALORACION CANCER SENO 2000	ISAS06-07	RUTA ATENCION POSTERIOR TOMA DE CITOLGIAS	PSAS06-07	PROCEDIMIENTO ATENCION GESTANTE CON SIFILIS	FSAS06-07	H.C PYP DETECCION ALTERACIONES ADULTOS
DSAS06-08	DETECCION TEMPRANA DE CANCER CUELLO UTERINO 2000	ISAS06-08	RUTA ATENCION CITOLOGIAS VPH	PSAS06-08	PROCEDIMIENTO ATENCION GESTANTE CON TOXOPLASMOSIS	FSAS06-08	CONTROL Y SEGUIMIENTO ALTERACIONES DEL JOVEN
DSAS06-09	GUIA LESIONES PRENEOPLASI	ISAS06-09	INSTRUCTIVO ESCALA	PSAS06-09	PROCEDIMIENTO ATENCION	FSAS06-09	CONTROL Y SEGUIMIENTO ENFERMEDAD

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
	CAS CANCER CUELLO UTERINO 2000		ABREVIADA UNICEF		GESTANTE CON VIH		ES METABOLICAS
DSAS06-10	GUIA ATENCION LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL	ISAS06-10	INSTRUCTIVO FLUJOGRAMA MALNUTRICION MENOR 5 AÑOS NACER	PSAS06-10	PROCEDIMIENTO ATENCION CONTROL JOVEN	FSAS06-10	TALLA PARA LA EDAD NIÑOS DE 5 A 18 AÑOS Y INDICE MASA CORPORAL NIÑOS DE 5 A 18 AÑOS
DSAS06-11	LIBRO CITOLOGIAS	ISAS06-11	GUIA ATENCION CRECIMIENTO Y DESARROLLO	PSAS06-11	PROCEDIMIENTO ATENCION CONTROL POS PARTO	FSAS06-11	TALLA PARA LA EDAD NIÑAS DE 5 A 18 AÑOS Y INDICE DE MASA CORPORAL NIÑAS DE 5 A 18 AÑOS
DSAS06-12	MANUAL TOMA CITOLOGIAS	ISAS06-12	GUIA ATENCION ENFERMERIA A TRASTORNO HIPERACTIVIDAD	PSAS06-12	PROCEDIMIENTO ATENCION RECIEN NACIDO	FSAS06-12	DEMANDA INDUCIDA PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA
DSAS06-13	MANUAL DESINFECCION AMBIENTES EN TOMA CITOLOGIAS	ISAS06-13	GUIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2007	PSAS06-13	PROTOCOLO VALORACION CRECIMIENTO Y DESARROLLO	FSAS06-13	BOLETA DE REMISION PROGRAMAS DE PYP EXTERNA
DSAS06-14	MANUAL BUENAS PRACTICAS TOMA DE CITOLOGIAS	ISAS06-14	INSTRUCTIVO FORMATO HISTORIA CLINICA INFANTIL			FSAS06-14	CONTROL Y SEGUIMIENTO HTA
DSAS06-15	MANUAL INTERVENCIONES ENFERMERIA CITOLOGIAS ANORMALES	ISAS06-15	INSTRUCTIVO FORMATO HISTORIA VALORACION COGNITIVA			FSAS06-15	ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD-1)
DSAS06-16	GUIA ATENCION DESNUTRICION 2000	ISAS06-16	INSTRUCTIVO VALORACION NUTRICIONAL			FSAS06-16	CARNET DE CITAS MEDICAS
DSAS06-17	MANUAL PUERICULTURA	ISAS06-17	GUIA INTERVENCIONES ESCALA			FSAS06-17	TEST DE ZUNG—ANSIEDAD

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
			ABREVIADA DESARROLLO				
DSAS06-18	MANUAL PRACTICAS CLAVES AIEPI	ISAS06-18	INSTRUCTIVO RESOLUCION 2121			FSAS0 6-18	TEST DE ZUNG--- DEPRESION
DSAS06-19	MANUAL PROCEDIMIE NTO ATENCIÓN DIU	ISAS06-19	INSTRUCTIVO PATRONES CRECIMIENT O Y DESARROLLO			FSAS0 6-19	PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL NOTAS DE ENFERMERIA
DSAS06-20	MANUAL EDUCATIVO GESTANTES	ISAS06-20	GUIA ATENCIÓN CONTROL PRENATAL			FSAS0 6-20	CONSULTA DE PLANIFICACIO N FAMILIAR ENFERMERIA
DSAS06-21	CRITERIOS ELEGIBILIDA D METODOS PLANIFICACI ON FAMILIAR	ISAS06-21	GUIA ATENCIÓN A SIFILIS GESTACIONA L			FSAS0 6-21	AIEPI AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES
DSAS06-22	CUADRO REFERENCIA METODOS PLANIFICACI ON FAMILIAR	ISAS06-22	INSTRUCTIVO EDUCACION GESTANTE PARACLINICO S			CFSA S06-22	AIEPI DE 2 MESES A 5 AÑOS
DSAS06-23	LIBRO ELEGIBILIDA D METODOS PLANIFICACI ON FAMILIAR	ISAS06-23	RUTA MATERNA			FSAS0 6-23	CRECIMIENTO Y DESARROLLO NOTAS DE ENFERMERIA
DSAS06-24	NORMA TECNICA PLANIFICACIO N FAMILIAR 769	ISAS06-24	RUTA ATENCIÓN GESTANTE PROBLEMAS EMOCIONALE S			FSAS0 6-24	AIEPI DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO
DSAS06-25	REGISTROS METODOS PLANIFICACI ON FAMILIAR OMS	ISAS06-25	DETECCION ALTERACION EMBARAZO 2000			FSAS0 6-25	CONSENTIMIE NTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH
DSAS06-26	PROPUESTA SERVICIOS AMIGABLES	ISAS06-26	ATENCIÓN HEMORRAGIA S ASOCIADAS GESTACION 2000			FSAS0 6-26	RIPS DE PROCEDIMIE NTO VACUNACION
DSAS06-27	PORTAFOLIO SERVICIOS AMIGABLES	ISAS06-27	GUIA COMPLICACI ONES HTA ASOCIADAS A			FSAS0 6-27	FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS SISTEMA DE VIGILANCIA

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
			GESTACION 2007				EPIDEMIOLOGICO ALIMENTARIO Y NUTRCIONAL WINSISVAN MENOR DE 18 AÑOS
DSAS06 -28	MODELO SERVICIOS AMIGABLES EDICION 3	ISAS06- 28	GUIA COMPLICACIONES HEMORRAGIAS GESTACION 2007			FSAS0 6-28	FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO ALIMENTARIO Y NUTRCIONAL WINSISVAN MAYORES DE 18 AÑOS
DSAS06 -29	SERVICIOS AMIGABLES	ISAS06- 29	GUIA ATENCION VIH 2007			FSAS0 6-29	NOTA DE ENFERMERIA SOLICITUD DE CITOLOGIA
DSAS06 -30	CARTILA PREVENCION DE VPH	ISAS06- 30	GPC CONTROL PRENATAL 2013			FSAS0 6-30	CONSOLIDAD O DE VISITADOS NO ENCONTRADO S POR EPS-S
DSAS06 -31	MANUAL RECOMENDACIONES A USUARIOS	ISAS06- 31	GUIA CONTROL PRENATAL 2007			FSAS0 6-31	PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DIABETES OBESIDAD SABANA
DSAS06 -32	MANUAL RIESGOS METODOS PLANIFICACION FAMILIAR	ISAS06- 32	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO			FSAS0 6-32	RELACION DE GESTANTES ATENDIDAS SABANA
		ISAS06- 33	NORMA TECNICA DE ATENCION PARTO			FSAS0 6-33	CARNET DE CITAS PYP ROSADO
		ISAS06- 34	INSTRUCTIVO FORMULARIO CLAP			FSAS0 6-34	SOLICITUD DE EXAMENES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS06-35	FLUJOGRAMA ATENCION INTEGRAL FAMILIA GESTANTE NACER			FSAS0 6-35	RELACION DE ENTREGA DE CITOLOGIA
		ISAS06-36	FLUJOGRAMA ATENCION SIFILIS CONGENITA NACER			FSAS0 6-36	CARNET DE HIPERTENSOS Y DIABETICOS
		ISAS06-37	FLUJOGRAMA ATENCION SIFILIS GESTACIONAL NACER			FSAS0 6-37	REGISTRO DIARIO DE VACUNACION
		ISAS06-38	GUIA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA NACER			FSAS0 6-38	BOLETA DE REMISION PROGRAMA DE PYP INTERNO
		ISAS06-39	GUIA TRASTORNO HIPERTENSIVO NACER			FSAS0 6-39	FORMATO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO A PACIENTES DE SIFILIS GESTACIONAL
		ISAS06-40	GUIA PREVENCION TRANSMISION VIH, SIFILIS, HEPATITIS B			FSAS0 6-40	RELACION TOMA Y RESULTADOS DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS
		ISAS06-41	GUIA DETECCION TEMPRANA ALTERACIONES DEL JOVEN 2000			FSAS0 6-41	RIPS DE PROCEDIMIENTOS DE CITOLOGIAS
		ISAS06-42	GUIA ATENCION DEL JOVEN 2007			FSAS0 6-42	FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL WINSISVAN GESTANTES

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS06-43	GUIA PLANIFICACION FAMILIAR 2000			FSAS06-43	PESO PARA LA EDAD NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS TALLA PARA LA EDAD NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS
		ISAS06-44	GUIA ANEXO 3 VASECTOMIA 2000			FSAS06-44	PESO PARA LA TALLA NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS Y INDICE DE MASA CORPORAL NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS
		ISAS06-45	EDUCACION PLANIFICACION FAMILIAR			FSAS06-45	PESO PARA LA EDAD NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS Y TALLA PARA LA EDAD NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS
		ISAS06-46	GUIA PLANIFICACION FAMILIAR 2007			FSAS06-46	PESO PARA LA TALLA NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS INDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS
		ISAS06-47	GUIA PLANIFICACION FAMILIAR NACER			FSAS06-47	PESO PARA LA EDAD NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS Y TALLA PARA LA EDAD NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS
		ISAS06-48	GUIA ATENCION PARTO 2000			FSAS06-48	PESO PARA LA TALLA NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS Y INDICE DE MASA CORPORAL DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS
		ISAS06-49	GPC RECIEN NACIDO 2013			FSAS06-49	PESO PARA LA EDAD NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS Y TALLA PARA LA EDAD NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS06-50	GUIA ATENCION BAJO PESO AL NACER 2000			FSAS06-50	PESO PARA LA TALLA NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS Y INDICE DE MASA CORPORAL NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS
		ISAS06-51	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO 2000			FSAS06-51	INFORMACION DE ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA
		ISAS06-52	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO ENFERMERIA			FSAS06-52	PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR REGISTRO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
		ISAS06-53	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO 2007			FSAS06-53	NOTAS DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL DE HIPERTENSION Y DIABETES
		ISAS06-54	FLUJOGRAMA ATENCION CITOLOGIAS			FSAS06-54	VISITA DOMICILIARIA INASISTENTES
		ISAS06-55	GUIA INTERVENCIONES PACIENTE PEDIATRICO ALTERACIONES COGNITIVAS			FSAS06-55	VISTA DOMICILIARIA EVENTOS DE VSP
		ISAS06-56	RUTA SEGUIMIENTO O EFECTOS ADVERSOS METODOS PLANIFICACION			FSAS06-56	FORMATO DE VALORACION AGUDEZA VISUAL
		ISAS06-57	GPC SIFILIS MINSALUD 2014			FSAS06-57	CONSENTIMIENTO DE VIH PARA VINCULADOS

PROMOCION Y PREVENCION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
						FSAS0 6-58	CONSENTIMIE NTO INFORMADO INSERCIÓN DISPOSITIVO INTRAUTERIN O
						FSAS0 6-59	CONSENTIMIE NTO INFORMADO IMPLANTE SUBDERMICO
						FSAS0 6-60	CONTROL DE PACIENTES INASISTENTES DEL PROGR DE P Y P
						FSAS0 6-61	FORMULACIO N EN PLANIFICACIÓ N FAMILIAR
						FSAS0 6-62	DETECCIÓN TEMPRANA CANCER DE CUELLO UTERINO
						FSAS0 6-63	FORMATO DE IAMI CYD
						FSAS0 6-64	FORMATO DE IAMI GESTANTES
						FSAS0 6-65	FORMATO VALORACION CANCER SENO
						FSAS0 6-66	FORMATO TOMA CITOLOGIAS
						FSAS0 6-67	FORMATO SEGUIMIENTO A LESIONES INTRAEPITELI ALES
						FSAS0 6-68	FORMATO CONSENTIMIE NTO INFORMADO VALORACION GENITAL
						FSAS0 6-69	FORMATO CARNET SALUD INFANTIL UNIFICADO

PROMOCION Y PREVENCION						
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato
						FSAS0 6-70 FORMATO RELACION PACIENTES AIEPI
						FSAS0 6-71 FORMATO PRUEBA DESARROLLO COGNITIVO
						FSAS0 6-72 FORMATO REMISION GESTANTES
						FSAS0 6-73 FORMATO NOTAS ENFERMERIA
						FSAS0 6-74 FORMATO NOTAS ENFERMERIA 2
						FSAS0 6-75 FORMATO CAPTACION USUARIAS PRENATAL
						FSAS0 6-76 FORMATO SEGUIMIENTO A GESTANTES
						FSAS0 6-77 FORMATO ASESORIA POS PRUEBA VIH
						FSAS0 6-78 F. REGISTRO ASESORIA PRE Y POS PRUEBA VIH GESTANTES
						FSAS0 6-79 CAPTACION USUARIAS CONTROL PRENATAL
						FSAS0 6-80 FORMATO HISTORIA CLINICA PERINATAL OMS
						FSAS0 6-81 FORMATO HISTORIA CLINICA PERINATAL CLAP
						FSAS0 6-82 INSTRUCTIVO USO FORMATO CLAP

PROMOCION Y PREVENCIÓN							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
						FSAS0 6-83	BASE DATOS PLANIFICACION FAMILIAR
						FSAS0 6-84	FORMATO HISTORIA VALORACION PUERPERA
						FSAS0 6-85	HISTORIA VALORACION RECIENTE NACIDO
						FSAS0 6-86	INDICADORES SERVICIOS AMIGABLES
						FSAS0 6-87	VALORACION PROGRAMA CONVULSIVOS
						FSAS0 6-88	INSCRIPCION Y SEGUIMIENTO A GESTANTES
						FSAS0 6-89	PERIMETRO CEFALICO NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS
						FSAS0 6-90	PERIMETRO CEFALICO NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

Tabla 14 Diagnostico documental proceso vacunación

VACUNACION							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS0 7-01	GUIA PAI	ISAS07 -01	ESQUEMA VACUNACION	PSAS07 -01	MANUALES PROCEDIMIENTOS VACUNACION	FSAS07 -01	CONSENTIMIENTO INFORMADO VPH
DSAS0 7-02	MANUAL ADMINISTRACION SEGURA DE BIOLOGICOS	ISAS07 -02	SISTEMA DE SEGUIMIENTO A USUARIOS PAI.			FSAS07 -02	CONSOLIDAR CENSO DE CANALIZACION
DSAS0 7-03	MANUAL DE BUENAS PRACTICAS VACUNACION	ISAS07 -03	JUSTIFICACION BIOLOGICO MENSUAL			FSAS07 -03	CRONOGRAMA LIMPIEZA Y HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

VACUNACION							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS0 7-04	MANUAL DE SUPERVISION, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PAI	ISAS07 -01	INDICADOS			FSAS07 -04	GRAFICO MENSUAL DE COBERTURAS
DSAS0 7-05	MANUAL DE SUPERVISION, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PAI-II					FSAS07 -05	INFORME MENSUAL DE VPH
DSAS0 7-06	PLAN DE CONTIGENCIA PARA MANEJO Y GARANTIA DE LA TEMPERATURA					FSAS07 -06	INFORME MENSUAL DE VACUNACION
DSAS0 7-07	PLAN DE CRISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN VACUNACIÓN					FSAS07 -07	INFORME VPH QUINCENAL MUNICIPIOS
DSAS0 7-08	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION					FSAS07 -08	KARDEX DE MOVIMIENTOS DE INSUMOS
DSAS0 7-08	GUIA DE VACUNACION MINSALUD 2007					FSAS07 -09	METAS DE DISTRIBUCCION
DSAS0 6-05	PLAN DE CRISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN VACUNACION					FSAS07 -10	MOVIMIENTO DE BIOLOGICO EXTRAMURAL
DSAS0 6-05	PLAN DE CRISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN VACUNACION					FSAS07 -11	PERDIDA DE BIOLOGICO
						FSAS07 -12	REGISTRO DE NIÑAS ESQUEMA INCOMPLETO VPH
						FSAS07 -13	REGISTRO DE NIÑAS NO VACUNADAS VPH
						FSAS07 -14	REGISTRO DE TEMPERATURA
						FSAS07 -02	REGISTRO DIARIOS DE USUARIOS VACUNADOS
						FSAS07 -16	REGISTRO NIÑAS VACUNADAS VPH DE OTROS MUNICIPIOS

VACUNACION						
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato
						FSAS07-17 REGISTRO DIARIO DE VACUNACION
						FSAS07-18 SEGUIMIENTO A GESTANTES
						FSAS07-03 SEGUIMIENTO A USUARIOS DEL PAI
						FSAS07-20 SEGUIMIENTO VACUNAL DEL RECIEN NACIDO
						FSAS07-04 VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
						FSAS07-05 FICHAS TECNICAS DE QUIPOS DE VACUNACION
						FSAS07-06 CRONOGRAMA LIMPIEZA DE EQUIPOS VACUNACION
						FSAS07-07 HOJA DE VIDA PLANTAS ELECTRICAS
						FSAS07-08 CRONOGRAMA MANTENIMIENTO
						FSAS07-09 HOJA VIDA CONGELADORES Y AIRES
						FSAS07-10 CONSOLIDACION CENSO DE CANALIZACION
						FSAS07-11 CONSENTIMIENTO O INFORMADO
						FSAS07-01 NORMA TECNICA VACUNACION 2000
						FSAS06-43 VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
						FSAS06-44 CONSENTIMIENTO O INFORMADO VACUNACIÓN VPH

Tabla 15 Diagnostico documental proceso atención domiciliaria

Atención domiciliaria							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS0 9-01	MANUAL DE ATENCION DOMICILIARIA					FSAS09 -01	VISITA DOMICILIARIA HTA Y DM
DSAS0 9-02	MANUAL DE UNIDAD MOVIL					FSAS09 -02	VISITA DOMICILIARIA INASISTENTES
DSAS0 9-03	GUIA BASICA ATENCION PREHOSPITALARIA					FSAS09 -03	CRONOGRAMA VISITAS CON UNIDAD MOVIL
DSAS0 9-04	MANUAL MISION MEDICA					FSAS09 -04	EQUIPO BASICO UNIDAD MOVIL
DSAS0 9-05	MANUAL OPERATIVO UNIDADES MOVILES					FSAS09 -05	RELACION VISITAS DOMICILIARIAS
						FSAS09 -06	SOLICITUD VISITAS DOMICILIARIAS

Tabla 16 Diagnostico documental proceso vigilancia epidemiológica

Vigilancia epidemiológica							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS 10-01	PLAN DE CONTINGENCIA IRA-IRAG	ISAS10-01	GUIA MANEJO VIH MINSALUD 2013	PSAS10-01	PROCEDIMIENTO ATENCION VICTIMA VIOLENCIA SEXUAL	FSAS10-01	FICHA PARA TRATAMIENTO DE SÍFILIS
DSAS 10-01	PLAN DE CONTINGENCIA IRA-IRAG	ISAS10-02	GUIA MANEJO VIH MINSALUD 2007	PSAS10-02	TOMA MUESTRAS FERINA	FSAS10-02	FICHA DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL
DSAS 10-02	MANUAL CONSEJERIA ALIMENTACION PACIENTES VIH OMS	ISAS10-03	FLUJOGRAMA ATENCION VIOLENCIA SEXUAL	PSAS10-03	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	FSAS10-03	FICHA DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA
DSAS 10-03	MANUAL CUIDADOS Y NUTRICION PACIENTE VIH OMS	ISAS10-04	GUIAS MINSALUD PARA VIGILANCIA	PSAS10-04	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	FSAS10-01	FICHA PARA TRATAMIENTO DE SÍFILIS

Vigilancia epidemiológica							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS 10-04	MANUAL ESTRATEGIAS VIH Y SIFILIS CONGENITA	ISAS10-05	NORMAS TECNICAS MINSALUD	PSAS10-05	ATENCION TB Y HANSEN	FSAS10-04	BUSQUEDA D ACTIVA COMUNITARIA
DSAS 10-05	PROTOCOLOS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INS 2014	ISAS10-06	GUIA APRENDIZAJE VIH	PSAS10-05	PROCEDIMIENTO CONTROL DE INFECCIONES	FSAS10-05	FICHA SEGUIMIENTO SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA
DSAS 10-06	RESOLUCION 0459 DE 2012 ANEXO MINSALUD	ISAS10-07	INFOGRAFIAS MINSALUD Y OMS				
DSAS 10-07	MANUAL INDICADORES VIGILANCIA INS	ISAS10-08	GUIA ATENCION VICTIMAS DE MALTRATO				
DSAS 10-08	COMPONENTES DE PREVENCIÓN INFECCIONES OMS	ISAS10-09	GUIA ATENCION RABIA				
DSAS 10-09	MANUAL ATENCION SIFILIS	ISAS10-10	GUIA INTERVENCIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL				
		ISAS10-11	GUIA BASICA AISLAMIENTO PACIENTES				
		ISAS10-12	GUIA INTENTO SUICIDIO				
		ISAS10-13	USO KIT DE BUSO SEXUAL				
		ISAS10-14	GUIA ESTRATEGIAS PREVENCIÓN DE INFECCIONES OMS				
		ISAS10-15	EVALUACION PROGRAMAS DE INFECCIONES HOSPITALARIAS OMS				
		ISAS10-16	PLAN ESTRATEGICO REDUCCION VIH Y SIFILIS CONGENITA				

Vigilancia epidemiológica							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS10-17	MODELO GESTION PROGRAMATICA VIH SIDA				
		ISAS10-18	RUTA ATENCION HANSEN				
		ISAS10-19	RUTA ATENCION TUBERCULOSIS				
		ISAS10-20	RUTA ATENCION AGRESION RABIA				
		ISAS10-21	RUTA ATENCION VIH				

Tabla 17 Diagnostico documental proceso crónicos

Crónicos							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS11-01	FUNDAMENTACION PROGRAMA ADULTO MAYOR	ISAS11-01	GUIA EPOC MINSALUD	PSAS11-01	PROCEDIMIENTO ATENCION PACIENTE CRONICO	FSAS11-01	FORMATO HISTORIA HIPERTENSION
DSAS11-02	MANUAL ATENCION ADULTO MAYOR	ISAS11-02	GUIA HIPERTENSION MINSALUD 2013			FSAS11-02	FORMATO HISTORIA HIPERTENSION DIABETES
DSAS11-03	MANUAL DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA	ISAS11-03	DILIGENCIA MIENTO FORMATOS DE CRONICOS			FSAS11-03	FORMATO HISTORIA DIABETES TIPO 1
DSAS11-04	MANUAL EDUCATIVO DE HTA Y DM	ISAS11-04	FORMULACION INDICADORES DEL PROGRAMA			FSAS11-04	FORMATO HISTORIA DIABETES TIPO 2
DSAS11-05	MANUAL EDUCATIVO PREVENCIÓN DE HTA Y DM	ISAS11-05	ANEXO RESOLUCION 4003 MINSALUD			FSAS11-05	MONITORIZACION TENSION ARTERIAL MAPA

Crónicos							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS11-06	MANUAL PROGRAM A ADULTO MAYOR Y CRONICOS	ISAS11-06	ATENCION DESNUTRICION MINSALUD 2000			FSAS11-06	VISITAS DOMICILIARIAS
		ISAS11-07	ATENCION OBESIDAD MINSALUD 2000			FSAS11-07	CARNET PROGRAMA DE CRONICOS
		ISAS11-08	ENCUESTA LIDERES GRUPO DE ADULTO MAYOR			FSAS11-08	INCLUSION PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
		ISAS11-09	GUIA VALORACION ENFERMERIA DEL ADULTO MAYOR			FSAS11-09	ESTRUCTURA REPORTE DE ALTO COSTO
		ISAS11-10	GUIA ATENCION ENFERMEDAD RENAL MINSALUD			FSAS11-10	VALORACION HIPOTIROIDISMO
		ISAS11-11	GUIA ATENCION ADULTO SANO MINSALUD 2007			FSAS11-11	VALORACION HIPERTIROIDISMO
		ISAS11-12	GUIA INTERVENCIONES ENFERMERIA ADULTO MAYOR				
		ISAS11-13	GUIA ATENCION ENFERMERIA PARA HIPERTENSION ARTERIAL				
		ISAS11-14	GUIA ATENCION DIABETES				
		ISAS11-15	GUIA INTERVENCION ENFERMERIA				

Crónicos							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
			A PARA CRONICOS				
		ISAS11- 16	GUIA DIABETESTIP O 2 MINSALUD 2007				
		ISAS11- 17	GUIA DIABETES TIPO 1 MINSALUD 2000				
		ISAS11- 18	GUIA DIABETES TIPO 2 MINSALUD 2000				
		ISAS11- 19	GUIA DIABETES TIPO 1 MINSALUD 2007				
		ISAS11- 20	GUIA HIPERTENSI ON MINSALUD 2000				
		ISAS11- 21	GUIA HIPERTENSI ON MINSALUD 2007				
		ISAS11- 22	GUIA HIPERTENSI ON ESE				
		ISAS11- 23	GUIA APROVECHA MIENTO TIEMPO LIBRE				
		ISAS11- 24	GUIA ATENCION ADULTO MAYOR				
		ISAS11- 25	GUIA PREVENCION RIESGO CARDIOVAS CULAR OMS				
		ISAS11- 26	GUIA PREVENCION ENFERMEDA D				

Crónicos							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
			CARDIOVASCULAR OMS				
		ISAS11-27	ANEXO RESOLUCION 4725 ALTO COSTO				
		ISAS11-28	RUTA ATENCION PACIENTE DIABETICO				
		ISAS11-29	RUTA ATENCION PACIENTE HIPERTENSO				
		ISAS11-30	RUTA ATENCION RESULTADOS ALTERADOS DE LABORATORIOS				
		ISAS11-31	TABLAS A TENER EN CUENTA				
		ISAS11-32	RUTA ATENCION PACIENTE CONVULSIVO				
		ISAS11-33	INSTRUCTIVOS FORMATO VALORACION HIPERTIROIDISMO				
		ISAS11-34	GUIA CONSUMO BAJO EN SAL MINSALUD				

Tabla 18 Diagnostico documental proceso salud publica

Salud publica							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS1 2-01	ATENCION DE LA EDA	ISAS1 2-01	MANEJO DEL SINDROME FEBRIL Y/O DENGUE	PSAS12 -01	TOMA DE BK	FSAS1 2-01	BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS DE TBC Y LEPRO
DSAS1 2-02	ATENCION DE LA IRA	ISAS1 2-02	REGISTRO DE DETECCION DE CANCER INFANTIL			FSAS1 2-02	BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS TRANSMITIDOS POR VECTORES
DSAS1 2-03	GUIA DE ATENCION DE LA LEPRO					FSAS1 2-03	BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS INMUNOPREVE NIBLES
DSAS1 2-04	GUIA DE ATENCION DE LA TB PULMONAR Y EXTRAPULMON AR					FSA12- 04	CONSOLIDADO INFORME BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA
						FSAS1 2-05	ACTA DE SEGUIMIENTO
						FSAS1 2-06	ACTA DE VISITA
						FSAS1 2-07	ACTA DE REUNION
						FSAS1 2-08	PLAN DE ACCION INDIVIDUAL
						FSAS1 2-09	REGISTRO DE ASISTENCIA
						FSAS1 2-10	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
						ISAS12 -01	MANEJO DEL SINDROME FEBRIL Y/O DENGUE
						ISAS12 -02	REGISTRO DE DETECCION DE CANCER INFANTIL
						FSAS1 2-01	BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS DE TBC Y LEPRO

Salud publica							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
						FSAS1 2-02	BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS TRANSMITIDOS POR VECTORES
						FSAS1 2-03	BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS INMUNOPREVE NIBLES
						FSAS1 2-04	CONSOLIDADO INFORME BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA
						FSAS1 2-05	ACTA DE SEGUIMIENTO
						FSAS1 2-06	PLAN DE ACCIÓN INDIVUAL
						FSAS1 2-07	ACTA DE REUNION
						FSAS1 2-08	NOTAS LEPPA
						FSAS1 2-09	REGISTRO DE ASISTENCIA
						FSAS1 2-10	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
						FSAS1 2-11	PROGRAMA CANALIZACION MENOR 1 AÑO - SALUD ORAL

Tabla 19 Diagnostico documental proceso planeación líneas atención preferencial y transversal

Planeación líneas atención preferencial y transversal							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS13 -01	MANUAL ATENCIÓN ADULTO MAYOR	ISAS13- 01	GUIA PREPARACI ON IAMI	PSAS13 -01	PROTOCOL O EXTRACCI ON LECHE MATERNA	FSAS 13-01	RELATIVOS PROGRAMAS CYD
DSAS13 -02	PROGRAMA ADULTO MAYOR	ISAS13- 02	LACTANCI A MATERNA			FSAS 13-02	LINEAMIENTO S PROGRAMAS CONTROL PRENATAL

Planeación líneas atención preferencial y transversal							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS13-03	MANUAL CURSO PSICOPROFILACTICO						
DSAS13-04	MANUAL DE EDUCACION IAMI						
DSAS13-05	AIEPI CUADRO PROCEDIMIENTOS						
DSAS13-06	CARTILLA LACTANCIA MATERNA EMERGENCIA						
DSAS13-07	GUIA ALIMENTARIA POBLACION MAYOR 2 AÑOS						
DSAS13-08	GUIAS ALIMENTARIAS MAYORES 2 AÑOS						
DSAS13-09	GUIAS ALIMENTARIAS POBLACION COLOMBIANA						
DSAS13-10	LINEAMIENTOS SALA AMIGA LACTANCIA MINSALUD						
DSAS13-11	LIBROS AIEPI						

Tabla 20 Diagnostico documental proceso atención de parto humanizado

Atención de parto humanizado							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS14-01	MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO	ISAS14-01	ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO	PSAS14-01	ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO	FSAS14-01	PARTOGRAMA
DSAS14-02	FLUJOGRAMA ATENCIÓN DEL PARTO Y RN	ISAS14-02	SIGNOS DE ALARMA DE RECIEN NACIDO	PSAS14-02	FOMENTO A LA LACTANCIA MATERNA	FSAS14-02	CONSENTIMIENTO CAMBIO LECHE MATERNA VIH

Atención de parto humanizado							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS14-03	GUIA DE MANEJO DE HEMORRAGIA POSTPARTO CODIGO ROJO	ISAS14-03	GUIA MANEJO DE HEMORRAGIA POSTPARTO CODIGO ROJO			FSAS 14-03	CONTROL TRABAJO DE PARTO
DSAS14-04	DE. GUÍA ENFERMERIA RECIEN NACIDO PRETERMINO	ISAS14-04	PROTOCOLO ATENCION RECIEN NACIDO MADRE SEROLOGICA REACTIVA			FSAS 14-04	PARTOGRAMA CLAP
DSAS14-05	ANEXO 1 ADAPTACION NEONATAL MINSALUD 0412	ISAS14-05	MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICAS			FSAS 14-05	SEGUIMIENTO A CODIGO ROJO CLAP
DSAS14-06	ANEXO 2 COMPLICACIONES RECIEN NACIDO MINSALUD 0412	ISAS14-06	PROTOCOLO ATENCION RECIEN NACIDO MADRE VIH POSITIVA			FSAS 14-06	SEGUIMIENTO MADRE Y RECIEN NACIDO CLAP
DSAS14-07	ATENCION BAJO PESO MINSALUD 0412	ISAS14-07	FLUJOGRAMA ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS			FSAS 14-07	REGISTRO ATENCION PARTOS
DSAS14-08	ATENCION HEMORRAGIAS EMBARAZO MINSALUD 0412	ISAS14-08	FLUJOGRAMA ATENCION TERCER Y CUARTO PERIODO PARTO NACER				
DSAS14-09	ATENCION PARTO MINSALUD 0412	ISAS14-09	FLUJOGRAMA CHOQUE HEMORRAGICO CODIGO ROJO				

Atención de parto humanizado							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS14-10	ATENCION RECIEN NACIDO MINSALUD 0412	ISAS14-10	FLUJOGRAMA PARTO Y RN				
DSAS14-11	GPC ANOMALIAS CONGENITAS MINSALUD 2013	ISAS14-11	FLUJOGRAMA REANIMACION RECIEN NACIDO NACER				
DSAS14-12	GPC ASFIXIA RECIEN NACIDO MINSALUD 2013	ISAS14-12	FLUJOGRAMA TRASLADO NEONATAL NACER				
DSAS14-13	GPC COMPLETA SEPSIS MINSALUD 2013	ISAS14-13	INSTRUCCIONES FORMULARIOS DE CLAP 2010				
DSAS14-14	GPC COMPLICACION RESPIRATORIA MINSALUD 2013	ISAS14-14	PROFILAXIS ENFERMEDAD TROMBOSIS VENOSA GESTANTES NACER				
DSAS14-15	GPC MANEJO ASFIXIA MINSALUD 2013	ISAS14-15	RUTA ATENCION PROGRAMA CANGURO				
DSAS14-16	GPC MANEJO SEPSIS MINSALUD 2013	ISAS14-16	LINEAMIENTO PROGRAMA MADRE CANGURO MINSALUD				
DSAS14-17	GPC RECIEN NACIDO PREMATUROM MINSALUD 2013	ISAS14-17	INSTRUCCIONES PARA LA REMISION DE PUERPERAS Y RECIEN NACIDO A				

Atención de parto humanizado							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
			PROGRAMAS DE PYP				
DSAS14-18	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO MINSALUD 2007	ISAS14-18	INSTRUCCIONES PARA REMISION DE RECIEN NACIDO A ESPECIALIDADES.				
DSAS14-19	GUIA ATENCION PARTO MINSALUD 2007	ISAS14-19	INDICACIONES DE EPISIOTOMIA Y EPISIORAFIA				
DSAS14-20	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO CLAP						
DSAS14-21	GUIA ATENCION RECIEN NACIDO NACER						
DSAS14-22	GUIA CODIGO ROJO NACER						
DSAS14-23	GUIA EMERGENCIAS OBSTETRICAS OMS						
DSAS14-24	GUIA HEMODERIVADOS GESTANTES NACER						
DSAS14-25	GUIA HEMORRAGIA OBSTETRICA NACER						
DSAS14-26	GUIA HEMORRAGIAS EMBARAZO MINSALUD 2007						
DSAS14-27	GUIA HIPERTENSION EMBARAZO MINSALUD 2007						
DSAS14-28	GUIA MANEJO TERCER Y CUARTO PERIODO PARTO NACER						
DSAS14-29	GUIA REANIMACION						

Atención de parto humanizado							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
	RECIEN NACIDO NACER						
DSAS14-30	GUIA RETINOPATIA PREMATURO MINSALUD 2013						
DSAS14-31	GUIA TRASTORNO RESPIRATORIO RECIEN NACIDO						
DSAS14-32	GUIA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACION NACER						
DSAS14-33	GUIA TROMBOEMBOLICA GESTANTES NACER						
DSAS14-34	GUIA VIGILANCIA PARTOGRAMA NACER						

Tabla 21 Diagnostico documental proceso urgencias

Urgencias							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS15-01	MANUAL PRIMEROS AUXILIOS Y BOTIQUINES	ISAS1 5-01	GUIAS DE CONSULTAS DE URGENCIAS	PSAS15-01	ATENCION DE TRIAGE	FSAS 15-01	HISTORIA CLINICA
DSAS15-02	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.	ISAS1 5-02	FLUJOGRAMA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	PSAS15-02	CAMBIO DE TURNO ENFERMERIA	FSAS 15-02	RIPS DE CONSULTA
DSAS15-03	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS.	ISAS1 5-03	GUÍA PARA MANEJO DE URGENCIAS	PSAS15-03	PASOS PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS	FSAS 15-03	SEGUIMIENTO A REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
DSAS15-04	GUÍA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	ISAS1 5-04	ENTREGA Y RECIBO DE TURNO MÉDICO	PSAS15-04	PROCESO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	FSAS 15-04	NOTAS DE ENFERMERÍA
DSAS15-05	MANEJO DE PACIENTES CON	ISAS1 5-05	ATENCIÓN TRIAGE	PSAS15-05	DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO	FSAS 15-05	NOTAS DE EVOLUCIÓN

Urgencias							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
	ALTERACIONES MENTALES				CRITERIOS NEUROLÓGICOS		
DSAS15-06	GUIA PRACTICAS SEGURAS	ISAS15-06	ENTREGA Y RECIBO DE TURNO ENFERMERÍA	PSAS15-06	PROTOCOLO ABORDAJE INTEGRAL VICTIMA VIOLENCIA SEXUAL	FSAS15-06	HOJA DE COSTOS
DSAS15-07	MANUAL CLASIFICACION TRIAGE	ISAS15-07	PROTOCOLO DE REHIDRATACION ORAL	PSAS15-07	INMOVILIZACION SEGURA	FSAS15-07	RELACION DE PACIENTES ATENDIDOS
DSAS15-08	MANUAL DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	ISAS15-08	GUÍA DE ASEO LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE AMBULANCIA	PSAS15-08	PROTOCOLO LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON	FSAS15-08	REGISTRO DE PACIENTES QUEMADOS CON PÓLVORA
DSAS15-09	MANUAL ATENCION CODIGO AZUL PEDIATRIA Y ADULTO	ISAS15-09	CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN RIESGO	PSAS15-09	REFERENCIA Y TRASLADO DE PACIENTES	FSAS15-09	RELACION DE INGRESO DE PACIENTES EDA-IRA
DSAS15-10	MANUAL DE BIOSEGURIDAD POR SERVICIOS	ISAS15-10	LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD PEDIÁTRICA	PSAS15-10	MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES	FSAS15-10	FICHA DE TRATAMIENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA
DSAS15-11	MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA	ISAS15-11	RUTA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA	PSAS15-11	MANEJO DE EQUIPOS DE VENOCLISIS	FSAS15-11	REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJEROS
DSAS15-12	MANUAL DE MECANICA CORPORAL	ISAS15-12	ARREGLO Y CUSTODIA DE CADAVER	PSAS15-12	CATETERISMO VESICAL	FSAS15-12	VERIFICACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LIBROS Y FORMATOS
DSAS15-13	MANUAL DE RECOMENDACIONES, COMPLICACIONES E INFORMACION DE PATOLOGIAS	ISAS15-13	CRITERIOS TRIAGE			FSAS15-13	CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION

Urgencias							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS15-14	MANUAL DE REHUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	ISAS1 5-14	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS			FSAS 15-14	TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR
DSAS15-15	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA OTROS	ISAS1 5-15	GUIAS ATENCION 2003			FSAS 15-15	CONSENTIMIENTO INFORMADO
DSAS15-16	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA OTROSII	ISAS1 5-16	LISTA DE CHEQUEO DEL CARRO DE PARO			FSAS 15-16	BOLETA DE SALIDA VOLUNTARIA
DSAS15-17	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	ISAS1 5-17	MANUAL DE ATENCION SEGURA			FSAS 15-17	REGISTRO DE MICRONEBULIZACIONES
DSAS15-18	PAQUETE DE PRACTICAS SEGURAS	ISAS1 5-18	PROTOCOLO DE MANEJO Y DOTACION DEL CARRO DE PARO			FSAS 15-18	ENTREGA Y RECIBO DE TURNO MÉDICO-RONDA MEDICA
DSAS15-19	MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA	ISAS1 5-19	PROTOCOLO OXIGENOTERAPIA			FSAS 15-19	ATENCIÓN TRIAGE
DSAS15-20	PLAN DE CONTINGENCIA	ISAS1 5-20	PROTOCOLO CORRECTA REALIZACION DE NEBULIZACIONES			FSAS 15-20	SOLICITUD CERTIFICADO APOYO DIAGNOSTICO
DSAS15-21	GPC ASMA MINSALUD 2013	ISAS1 5-21	RUTA ATENCION INTEGRAL VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL			FSAS 15-21	SOLICITUD DE PEDIDO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
DSAS15-22	GPC SINDROME CORONARIO MINSALUD 2013	ISAS1 5-22	RUTA TOMA MUESTRA, ASIPIRADO E HISOPADO NASOFARINGEO			FSAS 15-22	ESTANDARIZADO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Urgencias							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS15-23	GUIA DENGUE	ISAS1 5-23	CERTIFICADO DEFUNCION			FSAS 15-23	RELACION KIT DE ABUSO SEXUAL
DSAS15-24	GUIA EXAMEN SEXOLOGICO FORENSE	ISAS1 5-24	USO DEL KIT DE PROFILAXIS			FSAS 15-24	SATISFACCION URGENCIAS
DSAS15-25	GUIA FDA MEDICAMENTOS TERATOGENICOS	ISAS1 5-25	RECOMENDACION PARA LA APLICACION SEGURA DE MEDICAMENTOS			FSAS 15-25	OPORTUNIDAD ADMINISTRACION HEMODERIVADOS
DSAS15-26	GUIA INYECTOLOGIA OMS	ISAS1 5-26	RECOMENDACIONES USO MEDICAMENTOS			FSAS 15-26	ADMINISTRACION SEGURA MEDICAMENTOS
DSAS15-27	GUIA URGENCIAS TOXICOLÓGICAS	ISAS1 5-27	RECOMENDACIONES USO MEDICAMENTOS EN GESTACION			FSAS 15-27	CONSENTIMIENTO Y NOTA PROCEDIMIENTOS
DSAS15-28	MANUAL PROCEDIMIENTOS CADENA CUSTODIA FISCALIA	ISAS1 5-28	RUTA ATENCION INTERRUPCION VOLUNTARIA EMBARAZO			FSAS 15-28	REGISTRO DEFUNCIONES
DSAS15-29	MANUAL INTERVENCIONES ENFERMERIA	ISAS1 5-29	PROTOCOLO ATENCION URGENCIAS ATAQUES QUIMICOS MINSALUD			FSAS 15-29	REGISTRO DE PACIENTES DE URGENCIAS
DSAS15-30	MANUAL VIOLENCIA SEXUAL MEDICINA LEGAL	ISAS1 5-30	CRITERIOS Y RECOMENDACIONES PARA TRASLADO DE UN PACIENTE DESDE SERVICIOS AMBULATORIOS CON PROBLEMAS MENTALES.				
DSAS15-31	MODELO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL MINSALUD	ISAS1 5-31	CRITERIOS E INSTRUCCIONES PARA TRASLADO DE UN PACIENTE DESDE				

Urgencias							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
			SERVICIOS AMBULATORIOS				
DSAS15-32	PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y MANEJO DE CASOS AH1N1	ISAS15-32	CERTIFICADO DEFUNCION Y NACIMIENTO				
DSAS15-33	PROTOCOLO DENGUE						
DSAS15-34	GUIA OPERATIZACION DE SALAS EDA-IRA						
DSAS15-35	GUIA MANEJO SEGURIDAD DEL PACIENTE						
DSAS15-36	MANUAL CLASIFICACION PACIENTES LESIONADOS MINSALUD						

Tabla 22 Diagnostico documental proceso esterilización

Esterilización							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS16-01	MANUAL DE REHUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	ISAS16-01	ASEO ESTERILIZACION	PSAS16-01	CENTRAL DE ESTERILIZACION	FSAS16-01	SOLICITUD DE PEDIDO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
DSAS16-02	MANUAL DE ESTERILIZACION	ISAS16-02	ASEPSIA Y ANTISEPSIA	PSAS16-02	LIMPIEZA DE INSUMOS, EQUIPOS	FSAS16-02	REGISTRO CONTROL
DSAS16-03	MANUAL ESTERILIZACION OMS 2008	ISAS16-03	IDENTIFICACION Y ROTULADO INSTRUMENTAL	PSAS16-03	TRANSPORTE INSTRUMENTAL	FSAS16-03	DISTRIBUCION EQUIPOS E INSTRUMENTAL
		ISAS16-04	MANEJO ROPA QUIRURGICA			FSAS16-04	OBSERVACION ALMACENAMIENTO MATERIAL
		ISAS16-05	PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION			FSAS16-04	CONTROL DE EQUIPOS (INSTRUMENTAL)

Esterilización							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS16-06	LIMPIEZA Y LAVADO MATERAIL MEDICO QUIRURGICO				
		ISAS16-07	SECADO INSTRUMENTA L				

Tabla 23 Diagnostico documental proceso hospitalización

Hospitalización							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS1 7-01	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN HACIA EL PACIENTE	ISAS17-01	LINEAMIENTOS SOBRE EL SILENCIO	PSAs17-01	AISLAMIENTO HOSPITALARIO	FSAS17-01	CENSO DE PACIENTES
DSAS1 7-02	GUIA DE AMIGDALITIS	ISAS17-02	TEST Y/O ESCALAS VALORACION DE RIESGOS	PSAS17-02	VENOPUNCIÓN SEGURA	FSAS17-02	ADMINISTRACION LIQUIDOS
DSAS1 7-03	GUIA DE ANGINA DE PECHO	ISAS17-03	CONTROL INFECCIONES	PSAS17-03	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	FSAS17-03	BOLETA DE EGRESO
DSAS1 7-04	GUIA DE ATENCION DENGUE	ISAS17-04	RONDAS MEDICAS	PSAS17-04	TENSION ARTERIAL	FSAS17-04	PLAN CUIDADO ENFERMERIA
DSAS1 7-05	MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD			PSAS17-05	CURACIONES	FSAS17-05	STOCK DE INSUMOS Y EQUIPOS
DSAS1 7-06	MANUAL BUENAS PRACTICAS USO MEDICAMENTOS			PSAS17-06	ENEMAS	FSAS17-06	SOLICITUD DIETAS HLP MECI
DSAS1 7-07	MANUAL DE PREVENCION Y MANEJO DE ULCERAS POR PRESION			PSAS17-07	SOLICITUD DIETAS	FSAS17-07	KARDEX DE ENFERMERIA
DSAS1 7-08	MANUAL PREVENCION INFECCIONES			PSAS17-08	NEBULIZACION	FSAS17-08	SEGUIMIENTO CAMAS

Hospitalización							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
	MINSALUD 2007						
DSAS1 7-09	PROTOCOLO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS			PSAS17- 09	PREPARACION Y ADMINISTRACION MEDICAMENTOS	FSAS17- 08	REGISTRO HOSPITALIZACION
DSAS1 7-10	PROTOCOLO GASES MEDICINALES			PSAS17- 10	PROTOCOLO CONSUMO ANTIBIOTICOS INS		
DSAS1 7-11	PROTOCOLO DE CATETER PERIFERICO			PSAS17- 11	PROTOCOLO CONTROL INFECCIONES ASOCIADAS ATENCION INS		
				PSAS17- 12	SONDAS VESICALES		
				PSAS17- 13	TOMA ELECTROCARDIOGRAMA		
				PSAS17- 14	TOMA Y VALORACION SIGNOS VITALES		

Tabla 24 Diagnostico documental proceso laboratorio clínico

Laboratorio Clínico							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS1 8-01	MANUAL CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO	ISAS1 8-01	SEGUIMIENTO AL RIESGO			FSAS1 8-01	ACTA DE DESCARTE DE MUESTRAS
DSAS1 8-02	MANUAL DE TECNICAS EN MICROBIOLOGIA	ISAS1 8-02	RUTA ATENCION Y ENTREGA RESULTADOS LABORATORIO CLINICO			FSAS1 8-02	REGISTRO DIARIO CONTROL DE RECHAZO DE MUESTRAS DE LABORATORIO
DSAS1 8-03	MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS	ISAS1 8-03	PROTOCOLO DE REACCION ANTE EVENTOS ADVERSOS, INICIDENTES RIESGOS			FSAS1 8-03	REMISIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Laboratorio Clínico							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS1 8-04	MANUAL DE UROANALISIS Y COPROANALISIS					FSAS1 8-04	REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO
DSAS1 8-05	MANUAL DE INMUNOHEMATOLOGÍA					FSAS1 8-05	ANÁLISIS DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO
DSAS1 8-06	MANUAL DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL LABORATORIO					FSAS1 8-06	REGISTRO DIARIO CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE HEMATOLOGÍA
DSAS1 8-07	MANUAL DE HEMOPARASITOS					FSAS1 8-07	ANÁLISIS DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE QUÍMICA
DSAS1 8-08	MANUAL DE HEMATOLOGIA CLINICA					FSAS1 8-08	ANÁLISIS DEL CCI DE HEMATOLOGÍA
DSAS1 8-09	MANUAL DE INDICADORES DE CALIDAD					FSAS1 8-09	CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE GRAM
DSAS1 8-10	MANUAL DE QUIMICA CLINICA					FSAS1 8-10	CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE WRIGTH
DSAS1 8-11	MANUAL DE SALUD PUBLICA					FSAS1 8-11	CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE ZIEHL NEELSEN
DSAS1 8-12	MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION					FSAS1 8-12	CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE GIEMSA
DSAS1 8-13	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					FSAS1 8-13	CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE GOTA GRUESA
DSAS1 8-14	MAMUAL DE TOMA, TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN DE MX					FSAS1 8-14	GESTIÓN DE INSUMOS, SUMINISTROS Y SERVICIOS LAB CLÍNICO
DSAS1 8-15	MANUAL DE TRAZABILIDAD DE MUESTRAS					FSAS1 8-15	CONTROL DE ENTRADA Y SALIDA DE SUMINISTROS-KARDEX
DSAS1 8-16	MANUAL DE FUNCIONES EN EL LABORATORIO CLINICO					FSAS1 8-16	REPORTE Y REGISTRO DIARIO DE INDICADORES DE CALIDAD
DSAS1 8-17	MANUAL DE RECTIVO VIGILANCIA					FSAS1 8-17	REPORTE Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

Laboratorio Clínico							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS1 8-18	MANUAL TOMA					FSAS1 8-18	REPORTE MENSUAL DE INDICADORES DE CALIDAD
DSAS1 8-19	MANUAL SEGURIDAD PACIENTE					FSAS1 8-19	CONTROL DE CALIDAD LAVADO DE MATERIAL DE VIDRIO
DSAS1 8-20	MANUAL EVENTOS ADVERSOS					FSAS1 8-20	REGISTRO DEL USO DIARIO DE LOS EQUIPOS DE LAB. CLINICO
						FSAS1 8-21	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS
						FSAS1 8-22	REGISTRO DIARIO DE TEMPERATURA
						FSAS1 8-23	CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE PLANTA FISICA DE LAB. CLINICO
						FSAS1 8-24	REGISTRO DIARIO SEGUIMIENTO AL RIESGO
						FSAS1 8-25	REGISTRO DE FORMACIÓN Y EDUCACION CONTINUA
						FSAS1 8-26	CONTROL DE CALIDAD INTERNO SALUD PUBLICA
						FSAS1 8-27	REGISTRO DE RESULTADOS DE PARASITOLOGIA
						FSAS1 8-28	REGISTRO DIARIO DE PARASITOLOGIA
						FSAS1 8-29	REGISTRO MENSUAL SEGUIMIENTO AL RIESGO
						FSAS1 8-30	RECEPCION DE INSUMO LABORATORIO CLINICO
						FSAS1 8-31	REGISTRO DE PACIENTES Y RESULTADOS DE LAB CLINICO
						FSAS1 8-32	VERIFICACION SEMANAL DE INVENTARIO

Tabla 25 Diagnostico documental proceso rayos x e imagenología

Rayos X e imagenología							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS19-01	MANUAL RECOMENDACIONES PARA PREPARACION EN AYUDAS DIAGNOSTICAS			PSAS19-01	MANUAL PROCEDIMIENTOS RADIOLOGIA	FSAS19-01	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFIA TRANSVAGINAL
				PSAS19-02	PROCEDIMIENTO IMAGENOLOGIA	FSAS19-02	REGISTRO DE IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

Tabla 26 Diagnostico documental proceso referencia y contrarreferencia

Referencia y Contrarreferencia							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS20-01	MANUAL DE MISION MEDICA	ISAS20-01	GUIA MANEJO MEDICO Y ENFERMERIA EN TAB	PSAS20-01	PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA NIÑOS Y ABANDONOS	FSAS20-01	CRONOGRAMA MANTENIMIENTO DE VEHICULOS
DSAS20-02	GESTION RESIDUOS EN AMBULANCIA	ISAS20-02	GUIA TRASLADO ASISTENCIAL AMBULANCIA TERRESTRE	PSAS20-02	PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA	FSAS20-02	INVENTARIO EQUIPOS Y MEDICAMENTOS TAB
DSAS20-03	REFERENCIA	ISAS20-03	DESINFECCION DISPOSITIVOS TAB	PSAS20-03	PROTOCOLO TRASLADO DE PACIENTES	FSAS20-03	REGISTRO REFERENCIAS
		ISAS20-04	NTC 3729 AMBULANCIAS Y UNIDADES MOVILES			FSAS20-04	LISTA CHEQUEO REGISTROS REMISION
						FSAS20-05	REGISTRO REMISIONES
						FSAS20-06	REGISTRO TRASLADOS
						FSAS20-07	LISTA VERIFICACION MANTENIMIENTO DE VEHICULOS

Tabla 27 Diagnostico documental proceso gestión de medicamentos y dispositivos médicos

Gestión de medicamentos y dispositivos médicos							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DSAS21-01	MANUAL DE FARMACOVIGILANCIA	ISAS21-01	PROTOCOLO DE CARRO DE PARO			FSAS21-01	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL USO DE MEDICAMENTOS NO POS
DSAS21-02	FARMASEGURIDAD_SEP_4_2014	ISAS21-02	GUIA BUENA PRESCRIPCION OMS			FSAS21-02	CONTROL TEMPERATURA
DSAS21-03	MANUAL DE MEDICAMENTOS Y EMBARAZO	ISAS21-03	GUIA ESAVI INVIMA			FSAS21-03	CONTROL DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS
DSAS21-04	MANUAL PRINCIPIOS DE ADQUISICION IINSUMOS OMS	ISAS21-04	GUIA PARA RAMS INVIMA			FSAS21-04	RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
DSAS21-05	MANUAL DE REACTIVO VIGILANCIA INVIMA	ISAS21-05	INDICADORES DE GESTION DE SUMINISTROS			FSAS21-05	STOCK DE INSUMOS FARMACÉUTICOS POR SERVICIO
DSAS21-06	PRESENTACION DE REACTIVO VIGILANCIA	ISAS21-06	SEMAFORIZACION DE RIESGOS DE FARMACOS, REACTIVOS, DISPOSITIVOS MEDICOS			FSAS21-06	STOCK DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS POR SERVICIO
DSAS21-07	CARTILLA SEGURIDAD USO MEDICAMENTOS INVIMA	ISAS21-07	GUIA ELABORACION INFORME SEGURIDAD FARMACOS INVIMA			FSAS21-07	FORMATO PARA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS
DSAS21-08	MEDICAMENTOS ALTO RIESGO EN HOSPITALES	ISAS21-08	GUIA USO PRUDENCIAL ANTIBIOTICOS SDB			FSAS21-08	RELACION EVENTO FARMACOVIGILANCIA
DSAS21-09	MEDICAMENTOS DE RIESGO PACIENTES CRONICOS.	ISAS21-09	USO RACIONAL MEDICAMENTOS OMS			FSAS21-09	ESTRATEGIA POLIMEDICADO
DSAS21-10	RECOMENDACIONES FARMACIA	ISAS21-10	GESTION SUMINISTROS OMS			FSAS21-10	KIT DE VIOLENCIA SEXUAL MINSALUD
DSAS21-11	MANUAL PROCEDIMIENTOS FARMACIA	ISAS21-11	CLASIFICACION RIESGO MEDICAMENTOS			FSAS21-11	RED DE FARMACOVIGILANCIA

Gestión de medicamentos y dispositivos médicos							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
		ISAS2 1-12	PRACTICAS PARA SEGURIDAD MEDICAMENTOS- ESPAÑA			FSAS21- 12	REPORTE EVENTOS REACTIVO VIGILAN CIA INVIMA
		ISAS2 1-13	MEDICAMENTOS DE SALUD PUBLICA			FSAS21- 13	REPORTE EVENTOS FARMACOVIGILAN CIA INVIMA
						FSAS21- 14	REPORTE TRIMESTRAL REACTIVO VIGILAN CIA INVIMA
						FSAS21- 15	SOLICITUD DE INSUMOS Y MEDICO QUIRURGICOS

E. Gestión de Tics

De acuerdo con la estructura propuesta, la subgerencia administrativa y financiera es la encargada de la gestión de Tics en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- comunicaciones
- sistemas y estadísticas
- archivo documental
- archivo de historial clínico

Conforme al listado maestro de documentos y registro del ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 28 Diagnostico documental proceso comunicaciones

Comunicaciones							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DGI01-01	MATRIZ COMUNICACIÓN	IGI01-01	CONSECUTIVOS	PGI01-01	COMUNICACIÓN INTERNA	FGI01-01	ACTAS
DGI01-02	LINEAMIENTOS PROCEDIMIENTOS ELECTRONICOS			PGI01-02	COMUNICACIÓN EXTERNA	FGI01-02	ASISTENCIA REUNIONES
DGI01-03	MANUAL IMPLEMENTACION GOBIERNO EN LINEA			PGI01-03	COMUNICACIONES	FGI01-03	COMUNICACIÓN EXTERNA
DGI01-04	MANUAL COMUNICACIONES Y CORRESPONDENCIA					FGI01-04	CIRCULARES
						FGI01-05	COMUNICACIÓN INTERNA
						FGI01-06	ENTREGA INTERNA DE INFORMACION
						FGI01-07	ASISTENCIA
						FGI01-08	RESOLUCIONES
						FGI01-09	RECIBIDO Y ENTREGA COMUNICACIÓN EXTERNA
						FGI01-10	RECIBIDO CIRCULAR
						FGI01-06	CERTIFICACIONES

Tabla 29 Diagnostico documental proceso sistema y estadísticas

Sistemas y estadística							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
						FGI02-01	REGISTRO INFORMES

Tabla 30 Diagnostico documental proceso gestión documental

Gestión documental							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DGI03-01	TRANSFERENCIA DOCUMENTALES ARCHIVO GENERAL NACION	IGI03-01	MANEJO ASUNTOS DOCUMENTALES	PGI03-01	GESTION DOCUMENTAL	FGI03-01	REGISTRO DIARIO USO FOTOCOPIADORA
		IGI03-02	GESTION DOCUMENTAL AGN			FGI03-02	RECEPCION CORRESPONDENCIA EXTERNA
						FGI03-03	ELIMINACION DOCUMENTAL
						FGI03-04	INVENTARIO DOCUMENTAL
						FGI03-05	RECEPCION CORRESPONDENCIA INTERNA
						FGI03-06	TABLA RETENCION DOCUMENTAL
						FGI03-07	UNIDAD DOCUMENTAL
						FGI03-08	TRANSFERENCIA DOCUMENTOS ARCHIVO CENTRAL
						FGI03-09	TRANSFERENCIA DOCUMENTOS PRETAMOS
						FGI03-01	CORRESPONDENCIA EXTERNA ENVIADA

Tabla 31 Diagnostico documental proceso archivo clínico

Archivo clínico							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DGI04-01	MANUAL MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS			PGI04-01	APERTURA HISTORIA CLINICA	FGI04-01	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA
				PGI04-02	RECIBO Y ENTREGA DE HC	FGI04-02	SOLICITUD HISTORIA CLINICA REVISION
						FGI04-03	CONTROL HISTORIAS CLINICAS PRESTADAS
						FGI04-04	SOLICITUD TRASLADOS HC

Archivo clínico							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
						FGI04-05	REGISTRO CITAS, RIPS, OPORTUNIDAD Y REFERENCIA

F. Gestión del talento humano

De acuerdo con la estructura propuesta, la subgerencia administrativa y financiera es la encargada de la gestión del talento humano en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Gestión talento humano
- contratación
- salud ocupacional

Conforme al listado maestro de documentos y registro del ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 32 Diagnostico documental proceso gestión de talento humano

Gestión de talento humano							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
DTH01-01	MANUAL DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION DEL TH	ITH01-01	EVALUAR CONVENIOS	PTH01-01	SELECCIÓN PERSONAL	FTH01-01	INFORME DE SUPERVISIÓN
DTH01-02	MANUAL DE TALENTO HUMANO	ITH01-02	EVALUACION DESEMPEÑO	PTH01-02	PROGRAMA DE REINDUCCION	FTH01-02	SOLICITUD DE PERMISOS Y/O CAMBIO DE TURNO
DTH01-03	MANUAL FUNCIONES Y COMPETENCIAS	ITH01-03	ASIGNACION CUPOS DOCENCIA SERVICIO Y OTROS	PTH01-03	PROGRAMA DE INDUCCION	FTH01-03	RUTA DE INDUCCION
DTH01-04	MANUAL PLAN	ITH01-04	EVALUACION CONVENIOS	PTH01-04	PLAN ANUAL	FTH01-04	EVALUACION DE

Gestión de talento humano							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
	INSTITUCION AL DE CAPACITACIONES		DOCENCIA SERVICIO FACTORES		CAPACITACION		DESEMPEÑO PERFIL PROFESIONAL
DTH01-05	PROGRAMA EDUCATIVO USUARIOS	ITH01-05	REGLAMENTO PRACTICAS	PTH01-05	CAPACIDAD INSTALADA	FTH01-05	ACTA INICIACION DE CONTRATO
DTH01-06	PROGRAMA EDUCATIVO PERSONAL			PTH01-06	INDUCCION ESTUDIANTES	FTH01-06	EVALUACION DE DESEMPEÑO PERFIL TECNICO Y/O OTROS
DTH01-07	EVALUACION DE PRACTICAS FORMATIVAS EXT			PTH01-07	SEGUIMIENTO A ESTUDIANTES	FTH01-07	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTAL PARA CONTRATACION
PENDIENTE	PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL					FTH01-08	FORMULARIO PRESENTACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION
						FTH01-09	LISTA COMPETENCIAS DE TH POR PROCESO
						FTH01-10	CARTA PRESENTACION
						FTH01-11	ENTREVISTA INDIVIDUAL
						FTH01-12	CRONOGRAMA ACTIVIDADES INDUCCION
						FTH01-13	PROGRAMA DE REINDUCCION

Gestión de talento humano							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
						FTH0 1-14	CONTROL ASISTENCIA
						FTH0 1-15	NECESIDAD ES DE CAPACITACION PROCESOS
						FTH0 1-16	PLAN ANUAL CAPACITACION
						FTH0 1-17	EVALUACION DE LA CAPACITACION
						FTH0 1-18	EVALUACION DEL DESEMPEÑO LABORAL
						FTH0 1-19	EVALUACION
						FTH0 1-20	ANALISIS CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
						FTH0 1-21	CONTROL EVALUACION DESEMPEÑO
						FTH0 1-22	MODELO EVALUAR CONVENIOS
						FTH0 1-23	REGISTRO ACTIVIDADES CONTRATISTAS
						FTH0 1-24	CAPACIDAD INSTALADA
						FTH0 1-25	RELACION TALENTO HUMANO
						FTH0 1-26	EVALUACION INVESTIGACIONES COMITÉ ETICA

Gestión de talento humano							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
							INVESTIGACION
						FTH0 1-27	SEGUIMIENTO PRODUCTIVIDAD
						FTH0 1-28	RELACION ACTIVIDADES
						FTH0 1-29	ENCUESTA A PROVEEDORES

Tabla 33 Diagnostico documental proceso seguridad y salud en el trabajo

Seguridad y salud en el trabajo							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DT H02 -01	MANUAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ITH0 2-01	REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL			FTH 02- 01	ENCUESTA PELIGROS Y ASPECTOS ARL POSITIVA
DT H02 -02	MANUAL PROGRAMAS S.S.T ARL	ITH0 2-02	AUSENTISMO LABORAL ARL POSITIVA			FTH 02- 02	CUESTIONARIO PRIORIZACION MINSALUD
DT H02 -03	GUIA TECNICA COLOMBIANA GTC34	ITH0 2-03	COMPETENCIA COMITE BRIGADISTAS ARL POSITIVA			FTH 02- 03	CUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO MINSALUD
DT H02 -04	CARTILLA INVESTIGACION ACCIDENTES	ITH0 2-04	GUIA CONFORMAR COMITE BRIGADISTAS ARL POSITIVA			FTH 02- 04	ENCUESTA MORBILIDAD SENTIDA ARL POSITIVA
DT H02 -05	CURSO BASICO S.S.T	ITH0 2-05	MODELO PLAN EMERGENCIAS ARL POSITIVA			FTH 02- 05	ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA ARL POSITIVA
DT H02 -06	CURSO FACTORES RIESGO S.S.T	ITH0 2-06	GUIA PARA PROGRAMA DE S.S.T ARL			FTH 02- 06	HOJA VIDA BRIGADISTA ARL POSITIVA

Seguridad y salud en el trabajo							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DT H02 -07	MANUAL COPASO MODULO 1 MINSALUD 2007	ITH0 2-07	GUIA PROGRAMA DE S.S.T ARL			FTH 02- 07	LISTA CHEQUEO INSPECCION SEGURIDAD
DT H02 -08	MANUAL COPASO MODULO 2 MINSALUD 2007	ITH0 2-08	INDICADORES GESTION			FTH 02- 08	LISTA CHEQUEO INSPECCION RIESGO QUIMICO
DT H02 -09	PROTOCOLO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ITH0 2-09	RUTA ACCIDENTE LABORAL			FTH 02- 09	LISTA CHEQUEO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
DT H02 -10	REGLAMENTO HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO					FTH 02- 10	REGISTRO ACCIDENTE LABORAL
						FTH 02- 11	INVESTIGACION ACCIDENTE LABORAL
						FTH 02- 12	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
						FTH 02- 13	INSPECCION EXTINTORES
						FTH 02- 14	INSPECCION BOTIQUINES
						FTH 02- 15	INSCRIPCION COPASO MINSALUD
						FTH 02- 16	CONFORMACION COPASO

G. Gestión financiera

De acuerdo con la estructura propuesta, la subgerencia administrativa y financiera es la encargada de la gestión financiera en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Facturación
- Contabilidad
- Tesorería
- presupuesto
- Cartera
- Almacén y suministros
- Auditoría de cuentas médicas

Conforme al listado maestro de documentos y registro del ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 34 Diagnostico documental proceso facturación

Facturación							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
						FGF01-01	ADMISION PACIENTES FACTURACION
						FGF01-02	BOLETA PRESTACION SERVICIOS

Tabla 35 Diagnostico documental proceso contabilidad

Contabilidad									
documento específico				instructivo		procedimiento		formato	
DGF02-01	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CONTABLES			IGF02-01		PGF02-01		FGF02-01	REGISTRO DE CAJA MENOR
								FGF02-02	REEMBOLSO DE CAJA MENOR

Tabla 36 Diagnostico documental proceso tesorería

Tesorería							
document o específico		instructiv o		procedimiento		formato	
				PGF03-01	ADMINISTRACION DE CAJA MENOR	FGF03-01	REGISTRO CAJA MENOR
						FGF03-02	REEMBOLSO CAJA MENOR

Tabla 37 Diagnostico documental proceso presupuesto

Presupuesto							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
						FGF04-01	SOLICITUD DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Tabla 38 Diagnostico documental proceso almacén y suministros

Almacén y suministros							
documento específico		instructivo		procedimiento		formato	
		IGF06-01	DESCRIPCION DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO, BIEN O INSUMO	PGF06-01	ACTIVOS FIJOS EXT	FGF06-01	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
						FGF06-02	SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN
						FGF06-03	SOLICITUD DE PEDIDO A PROVEEDORES
						FGF06-04	CONTROL PARA EL USO DEL VEHICULO
						FGF06-05	DESCRIPCION DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO, BIEN O INSUMO
						FGF06-06	REGISTRO DE PROVEEDORES
						FGF06-07	EVALUACION FINANCIERA
						FGF06-08	REGISTRO NECESIDADES
						FGF06-09	PRESENTACION PLAN COMPRAS

H. Gestión del ambiente físico

De acuerdo con la estructura propuesta, la subgerencia administrativa y financiera es la encargada de la gestión del ambiente físico en donde encontramos los subprocesos los cuales son:

- Gestión de equipo biomédicos
- Gestión de la infraestructura física y mantenimiento
- Saneamiento Ambiental
- Seguridad
- Servicios generales
- lavandería

Conforme al listado maestro de documentos y registro del ESE hospital local de los patios, los diferentes tipos de documentos son los siguientes:

Tabla 39 Diagnostico documental proceso gestión de la infraestructura física y mantenimiento

GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y MANTENIMIENTO						
documento especifico		instructivo		procedi miento		formato
DG AF0 1-01	MANUAL DE EMERGENCIAS 2013	IGA F01- 01	MANEJO PLANTA ELECTRICA			FGA F01- 01 SOLICITUD DE MANTENIMIENTO
DG AF0 1-02	NTC 6047 ACCESIBILIDAD A SERVICIOS					FGA F01- 02 SOLICITUD DE TRASLADO ACTIVOS FIJOS
						FGA F01- 03 FICHA TECNICA USO DE DM Y EQUIPOS COMPUTO
						FGA F01- 04 FICHA TECNICA EQUIPOS INFORMATICOS HOJA DE VIDA
						FGA F01- 05 FICHA TECNICA DISPOSITIVOS MEDICOS HOJA DE VIDA
						FGA F01- 06 MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS INFORMATIVO

						FGA F01- 07	CRONOGRAMA MANTENIMIENTO PREVENTIVO
						FGA F01- 08	RELACION GESTION DISPOSITIVOS MEDICOS E INFORMATICOS
						FGA F01- 09	EVALUACION INFRAESTRUCTURA

Tabla 40 Diagnostico documental proceso saneamiento ambiental

Saneamiento ambiental							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
DGAFO 2-01	MANUAL BUENAS PRACTICAS ASEPSIA Y ANTISEPSIA			PGAF02- 01	PROTOCOLO LAVADO DE MANOS	FGAFO 2-01	VISITA DE INSPECCION
DGAFO 2-02	NORMAS DE BIOSEGURIDAD			PGAF02- 02	DESACTIVAC ION DE CORTOPUNZ ANTES	FGAFO 2-02	INFORME DIARIO DE RESIDUOS HOSPITALAR IOS
DGAFO 2-03	MANUAL BUENAS PRACTICAS BIOSEGURIDAD			PGAF02- 03	LAVADO DE TANQUES	FGAFO 2-03	CONSOLIDA DO MENSUAL RESIDUOS HOSPITALAR IOS
DGAFO 2-04	MANUAL NORMAS BIOSEGURIDAD SERVICIOS					FGAFO 2-04	INFORME DIARIO CALIDAD AGUA
DGAFO 2-05	NORMAS ASEPSIA CONTROL INFECCIONES					FGAFO 2-05	CORNOGRA MA PREPARACIO N DESINFECTA NTE
DGAFO 2-06	MANUAL DE LIMPIEZA, DESINFECCION, ESTERILIZACION DE AREAS Y SUPERFICIES					FGAFO 2-06	INFORME MEDICION MENSUAL INDICADORE S PGRIHS
DGAFO 2-07	MANUAL PLAN GESTION RESIDUOS HOSPITALARIOS HOSPITAL					FGAFO 2-07	CONTROL DE PLAGAS
DGAFO 2-08	MANUAL PLAN GESTION					FGAFO 2-08	PLANEACIO N Y

Saneamiento ambiental							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
	RESIDUOS HOSPITALARIOS BASICA						SEGUIMIENTO O PROCEDIMIENTOS
DGAF0 2-09	MANUAL PLAN GESTION RESIDUOS HOSPITALARIOS ONCE					FGAF0 2-09	PLANEACION MANEJO RESIDUOS
DGAF0 2-10	MANUAL PLAN GESTION RESIDUOS HOSPITALARIOS MONTEBELLO					FGAF0 2-10	REGISTRO DIARIO DE RESIDUOS
DGAF0 2-11	MANUAL DE PIGA					FGAF0 2-11	FORMULARIO ENTREGA Y DISPOSICION DE RESIDUOS
DGAF0 2-12	INFORME ANUAL DE INDICADORES DE PGRHIS					FGAF0 2-12	CONTROL ENTREGA Y DISPOSICION RESIDUOS
DGAF0 2-13	SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO LIMPIEZA, DESINFECCION, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD					FGAF0 2-13	INSPECCION MANEJO RESIDUOS
						FGAF0 2-14	INDICADORES RESIDUOS
						FGAF0 2-15	PROGRAMACION FUMIGACIONES
						FGAF0 2-16	CONSOLIDADO ANUAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS
						FGAF0 2-17	CRONOGRAMA LAVADO DE TANQUES
						FGAF0 2-18	RELACION ENTREGA DE DESINFECTANTES

Saneamiento ambiental							
documento especifico		instructivo		procedimiento		formato	
						FGAF0 2-19	PROGRAMA CONTROL DE AGUAS
						FGAF0 2-20	PROGRAMA DESINFECCI ON

Tabla 41 Diagnostico documental proceso servicios generales

Servicios generales							
documen to especific o	instructi vo		procedimie nto		formato		
					FGAF0 4-01	MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA FISICA Y AREAS DE TRABAJO	
					FGAF0 4-02	ACTIVIDADES SERVICIOS GENERAL	

8.1.2.2 Resultados Diagnostico documental del sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios

Los resultados documentales que arrojó el diagnóstico realizado en la E.S.E Hospital de los Patios de todo su sistema de gestión fueron, primeramente habían documentos que cumplían con la norma y normatividad legal vigente, documentos que no cumplían por desactualización o falta de información y documentos que parcialmente cumplían ciertos requisitos normativos u otros pronto a caducar donde no permitían bien la interacción de todo el sistema presentándose no conformidades y errores el cual conllevaba a no tener los procesos funcionando completamente, donde procesos como contratación donde no se tenía contemplado en el sistema siendo un factor muy importante para la organización entre otros.

8.1.2.3 Hallazgos del diagnóstico de la parte documental del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios

- Algún código no corresponde a la clasificación designada en el listado maestro de documentación y registro o se encuentran mal registrados
- Documento el cual está asignado en el macro proceso estratégico con el código ISAS01-01 y de nombre contratación. El código no corresponde a la designación.
 - DSAS13-13 manual de guía de atención por nutrición (nutrición)
 - ISAS-13-32 flujograma diagnóstico inicial mal nutrición (nutrición)
 - ISAS13 -31 términos referencia contratación servicio alimentación
 - FSAS13-01 relación de educación a usuarios (nutrición)
 - PSAS13-01 servicio de alimentación (nutrición)
 - CFSAS06-22 AIEPI 2 meses a 5 años
 - DSAS06-05 plan de crisis de eventos adversos en vacunación repetición de registro
 - FSAS06-43 vacunación contra el virus del papiloma humano (vacunación)
 - FSAS06-44 consentimiento informado vacunación vph (vacunación)
 - ISAS12-01 manejo del síndrome febril y/o dengue (formatos)
 - ISAS12-02 registro de detección de cáncer infantil (formatos)
- Repetición de códigos de referencia documental o de documentos registrados en el listado maestro de documentos y registros
 - FGI01-06 tiene el documento certificaciones y también el documento de entrega interna de información

- FMCC01-05 tiene los documentos informe pormenorizado del estado del modelo estándar de control interno y control para el registro diario del uso de la fotocopidora
- IMCC08-11 tiene los documentos evaluación personal por procesos y guía cuadro de mando
- IMCC02-11 guía identificación segura pacientes
- IMCC02-12 guía de prevención de caídas
- IMCC02-13 comite de calidad
- IMCC02-14 elaboración de políticas institucionales
- IMCC02-15 tiene el documento verificación documental de intranet y el documento recomendaciones generales al usuario y personal
- FGI03-01 tiene el documento registro diario uso fotocopidora y el documento correspondencia externa enviada
- FSAS17-08 documentos de seguimiento de camas y documento registró hospitalización
- FSAS16-04 tiene los documentos observación almacenamiento material y control de equipos (instrumental)
- FGI01-06 tiene los documentos entrega interna de información y certificaciones
- DSAS07-08 tienen los documentos de programa ampliado de inmunización Y guía de vacunación min salud 2007
- ISAS07-01 tiene los documentos esquema vacunación y el documento de indicadores



- FSAS07-01 tiene los documentos consentimiento informado vph y la norma técnica vacunación 2000
- FSAS07-02 tiene los documentos consolidar censo de canalización y el registro diario de usuarios vacunados
- FSAS07-03 tiene los documentos seguimiento a usuarios del pai y el cronograma limpieza y hoja de vida de equipos
- FSAS07-04 tiene los documentos gráfico mensual de coberturas y la vacunación contra el virus del papiloma humano
- FSAS07-05 tiene los documentos informe mensual de vph y las fichas técnicas de equipos de vacunación
- FSAS07-06 tiene los documentos informe mensual de vacunación y el cronograma limpieza de equipos vacunación
- FSAS07-07 tiene los documentos informes vph quincenal municipios y la hoja de vida plantas eléctricas
- FSAS07-08 tiene los documentos Kardex de movimientos de insumos y el cronograma mantenimiento
- FSAS07-09 tiene los documentos hoja vida congeladores y aires y el doc de metas de distribución
- FSAS07-10 tiene los documentos movimiento de biológico extramural y la consolidación censo de canalización
- FSAS07-11 tiene los documentos pérdida de biológico y consentimiento informado
- DSAS10-01 tiene el documento plan de contingencia ira-irag doble registro



- PSAS10-05 tiene los documentos de atención tb y Hansen y procedimiento control de infecciones
- FSAS10-01 tiene el documento ficha para tratamiento de sífilis con doble registro
- FSAS12-01 tiene el documento con doble registro búsqueda activa comunitaria de eventos de tv y lepra
- FSAS12-02 tiene el documento con doble registro búsqueda activa comunitaria de eventos transmitidos por vectores
- FSAS12-03 tiene el documento con doble registro búsqueda activa comunitaria de eventos inmunoprevenibles
- FSAS12-04 tiene el documento con doble registro consolidado informe búsqueda activa comunitaria
- FSAS12-05 tiene el documento con doble registro acta de seguimiento
- FSAS12-06 tiene el documento con doble registro plan de acción individual
- FSAS12-07 tiene el documento con doble registro acta de reunión
- FSAS12-08 tiene el documento con doble registro notas lepra
- FSAS12-09 tiene el documento con doble registro, registro de asistencia
- FSAS12-10 tiene el documento con doble registro cronograma de actividades
- Algún código no corresponde a la clasificación designada en el listado maestro de documentación y registro o se encuentran mal registrados
- Documento el cual está asignado en el macro proceso estratégico con el código ISAS01-01 y de nombre contratación. El código no corresponde a la designación.

- Algunos documentos expuestos en el listado maestro de documentación y registro no se encuentran la intranet
- Documentos los cuales no tienen información referida al título propuesto o carecen de información
- Se encuentran Documentos no registrados en el listado maestro de documentos y registros. expuestos en la información recibida
- Ausencia de documentos registrados listado maestro de documentos y registros, o no encontrados
- Repetición de códigos de referencia documental o de documentos registrados en el listado maestro de documentos y registros
- Nombre equivoco de la clasificación del documento o sin nombre de clasificación

Al igual se complementó el diagnóstico y planeación del sistema de gestión de calidad con los siguientes informes ejecutivos presentados a la institución.

En el informe ejecutivo fase de diagnóstico inicial se observó y analizo la codificación de los diferentes documentos, se analizó y valido los documentos registrados en el listado maestro de documentos de la E.S.E hospital de los patios el cual se encuentra en el anexo número 1.

En el informe ejecutivo Organigrama y mapa de proceso, se identificó el organigrama con sus respectivos componentes estableciendo cada uno de los responsables en cada uno de los procesos plasmándolos en el mapa de procesos el cual se encuentra en el anexo número 2.

En el informe ejecutivo Documentos de la ESE Hospital local de los Patios, se caracterizaron los documentos establecidos por procesos señalando aquellos que presentan errores de alguna

índole. Las recomendaciones suministradas están presentes en el informe entregado y se encuentran en el anexo número 3.

En el informe ejecutivo Sondeo de avances en el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad, se realizó un sondeo de los avances en el proceso de implementación sistema de gestión de calidad en el ESE hospital local de los patios-norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009 durante el año 2016 el cual se encuentra en el anexo número 4.

En el informe ejecutivo Revisión de la documentación del ESE Hospital de los Patios, se diagnosticó a partir de la documentación de la ESE Hospital de los Patios del estado actual según los lineamientos de la Norma técnica colombiana de la gestión pública 1000 el cual se encuentra en el anexo número 5.

8.2 Matriz D.O.F.A.

La matriz está basada en el plan de desarrollo institucional, en donde se evidencia la debilidad de la falta de implementación del sistema de gestión de calidad

8.2.1 Identificación de factores externos

8.2.1.1 Oportunidades

- (O1) Reporte a la oferta planta de empleos de carrera OPEC.
- (O2) Convenios docencia servicio con instituciones educativas para los procesos asistenciales y administrativos.
- (O3) Buena Imagen corporativa de la ESE.
- (O4) Apertura de nuevos servicios que hacen parte de las redes primarias de atención en salud.

- (O5) Nuevo modelo de atención mediante implementación de Rutas Integrales de atención.
- (O6) Implementación de estrategias de mercadeo para ventas de servicios a nuevos clientes
- (O7) Ubicación geográfica del hospital nos permite una buena accesibilidad a los usuarios
- (O8) Posibilidad de implementar proyectos de alto impacto institucional y para la Red Departamental.
- (O9) Giro directo de las EAPB y ministerio de salud facilitando el flujo de recursos

8.2.1.2 Amenazas

- (A1) Disminución de usuarios en los contratos de régimen subsidiado.
- (A2) Usencia de Sistemas de Información.
- (A3) Existencia de procesos judiciales no obstante no ha sido fallados en última instancia.
- (A4) Falta de seguimiento por parte de los órganos de control para el cumplimiento de la normatividad vigente del sector salud a las EAPB.
- (A5) Demora en el pago por parte de las EAPB y cultura de no pago por parte del usuario.
- (A6) Altos porcentaje de glosa de las diferentes EAPB.
- (A7) Deficiencia en el sistema de Contrarefencia del Departamento.
- (A8) Liquidación de las aseguradoras con deudas por prestación de servicios a población afiliada

8.2.2 Identificación de factores internos

8.2.2.1 Fortalezas

- (F1) Diseño y adopción del plan de gestión institucional.
- (F2) Mejoramiento en el direccionamiento estratégico de la ESE.
- (F3) Operacionalización de los planes de acción por procesos direccionados con el plan de desarrollo 2016 - 2020 de la ESE.
- (F4) Compromiso de la Alta Dirección en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- (F5) Aplicabilidad de la evaluación del desempeño laboral empleos de carrera administrativa (Acuerdo 137 de 2010).
- (F6) Ajuste del Manual de Funciones y competencias laborales.
- (F7) Única Institución Pública del Departamento certificada como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia IAMI.
- (F8) Certificación del Sistema único de habilitación en los servicios de Obstetricia, hospitalización, adultos y pediátrica, promoción y prevención, laboratorio clínico, odontología, consulta externa, psicología, vacunación, terapia física y terapia respiratoria y transporte asistencial Básico.
- (F9) El hospital cuenta con un equipo directivo nuevo, humano, comprometido, competente, idóneo, participativo y con amplia experiencia en el sector salud.
- (F10) Institución sin riesgo financiero.

8.2.2.2 Debilidades

- (D1) La entidad no cuenta con un plan de bienestar social y de capacitación.
- (D2) Operatividad en el Modelo Estándar de Control Interno v.02

- (D3) Implementación de la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.
- (D4) Aplicabilidad del proceso de Gobierno en Línea, Seguridad de la Información y Política Anti trámites.
- (D5) Aplicabilidad del proceso de gestión documental (tablas de retención documental, plan institucional de archivos, sistema de conservación de documentos, sistema de información documental).
- (D6) Existencia de carteras de vigencias anteriores de difícil recobro
- (D7) Indebida forma de vinculación laboral del personal misional
- (D8) Historia clínica manual.
- (D9) Onerosas demandas de responsabilidad médica por presuntas fallas en el servicio.
- (D10) Prestación del servicio de urgencias en infraestructura improvisada por la no terminación de obra de Remodelación del servicio.
- (D11) Debilidad del proceso de facturación desde el ingreso hasta el recaudo

8.2.3 Estrategias

8.2.3.1 Estrategias ofensivas FO

- O3-O5-O8-O9-F1-F2-F3 Ejecutar de una manera eficaz el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2016 -2020, a través de los planes operativos o de acción por cada proceso.
- O4-O5-F3-F5-F8-F9 Operacionalización del sistema de acreditación en salud de la Entidad.

- O6-F4-F3-F7 Sostenibilidad de la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia IAMI
- O2-O6-O7-O8-F3 Sostenibilidad del Programa de Promoción y Prevención en la ESE Hospital Local de Los Patios.

8.2.3.2 Estrategias defensivas FA

- A4-A5-A6-A8-F9-F10 Creación de estrategias eficaces de liquidación de cuenta por parte de las aseguradoras
- A2-F5-F6-F9 Operacionalización el Modelo Estándar de Control Interno de la ESE Hospital Local de Los Patios.
- A4-A5-A6-A7-A8-F9-F10 Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el equilibrio financiero y social de la ESE Hospital Local de Los Patios.

8.2.3.3 Estrategias de supervivencia DA

- D3-A2 Implementación, desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública en la ESE Hospital Local de Los Patios.
- D4-D5-A2-Fortalecer los sistemas de información y comunicación de la ESE Hospital Local de Los Patios, a través de la estrategia Gobierno en Línea Territorial, Seguridad y Privacidad de la Información y Anti trámites.
- D4-D5-D11-A2 Implementación, adopción y aplicación de las tablas de retención y valoración documental y sistematización de las historias clínicas de la ESE Hospital Local de Los Patios de acuerdo con la normatividad vigente.

8.2.3.4 Estrategias de reorientación DO

- O4-O5-O6-O8-D6-D11 Ampliación de la oferta y cobertura de los servicios, con base en las necesidades de los usuarios y EAPB.
- O8-D2-Integración del Modelo Estándar de Control Interno con la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública, en un Sistema Integrado de Control y Gestión.
- O8-D10 Desarrollar una cultura del uso adecuado de los servicios y recursos institucionales, tanto para el cliente interno como externo.
- O3-D1-D7 Desarrollo del proceso de Gestión del Desarrollo del Talento Humano, que incluya los subprocesos organización del trabajo, gestión del empleo, gestión del desempeño, gestión de la compensación y gestión del desarrollo.
- O5-O6-D4-D5 Implementación y aplicabilidad de las Normas Internacionales de Información Financiera, de acuerdo con lo establecido por el Gobierno Nacional.



9. Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en el ESE hospital local de los Patios - Norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009

Para el cumplimiento del segundo objetivo se determinó el siguiente cronograma, el cual establece toda la planificación de las actividades ya seleccionadas para el desarrollo de la propuesta documental en la E.S.E. Hospital Local de Los Patios. De igual forma se especifican los recursos y los responsables que se requieren para el cumplimiento de dichas actividades.

9.1 Planificación de las actividades del sistema de gestión de calidad (cronograma)

Tabla 42 Planificación de actividades para propuesta documental del sistema de gestión de calidad

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (respondiendo que y como)	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
1	Sensibilización	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución	personal de charla, guías, documentos, reuniones	01/03/2017	31/03/2017
	Inicio del proyecto generalidades de la importación y fundamentos para la aplicación de la norma técnica de calidad en el ESE hospital de los patios				
2	Diagnóstico	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	1/03/2017	28/03/2017
	Revisión procedimientos obligatorios por norma NTCGP 1000:2009				
	Revisión detallada y general de la situación de los documentos del ESE hospital de los patios Norte de Santander				
	Grado de documentación de las instrucciones de trabajo.				
	Actualización de los documentos frente a la normatividad legal				
Nivel de interacción de los administrativos del ESE hospital de los patios con el sistema de gestión de calidad existente.					

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (respondiendo que y como)	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
	Afinidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud dentro de las áreas de interacción de la NTCGP 1000 del 2009				
	Grado de cumplimiento con la NTC GP1000:2009				
	Revisión de las Políticas Institucionales existentes en el ESE hospital de los patios				
3	Requisitos generales	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	3/04/2017	28/04/2017
	Hacer revisión y ajustes de las caracterizaciones a los procesos y servicios de la institución tanto de la parte administrativa como del servicio asistencial.				
	Clasificar y determinar los procesos estratégicos, misionales y de apoyo				
	Secuencia e interacción de estos procesos				
	Establecer controles sobre los riesgos que puedan afectar la seguridad y satisfacción de los pacientes				
4	Generalidades	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	3/04/2017	31/05/2017
	Realización e instauración de la política de calidad con los objetivos que presentara el ESE Hospital de los Patios				
5	Manual de calidad	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	2/05/2017	31/07/2017
	Comienzo con la consolidación del manual de calidad				
	Revisar procedimientos, ajustarlos, socializarlos y hacerles seguimiento con el director del proyecto				

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (respondiendo que y como)	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
	Revisar y ajustar los formatos requerido por el ESE hospital de los patios				
	Aplicar y hacerles seguimientos a los formatos estipulados				
6	Control documental	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	2/05/2017	31/05/2017
	Establecimiento del procedimiento definiendo los controles pertinentes				
	Ajustar todos los formatos, procedimientos, planes e instructivos a el formato adecuado basados en el procedimiento de control de documentos				
7	Compromiso de la dirección	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y alta dirección	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	2/05/2017	31/05/2017
	Realización de un documento, proceso o procedimiento en donde se contemple la revisión por la dirección, su periodicidad como se aseguran los recursos para el funcionamiento del SGC a través del presupuesto y las decisiones de la misma.				
8	Enfoque al cliente	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	2/05/2017	31/05/2017
	Realizar, ajustar y adecuar la encuesta de satisfacción de los pacientes para así identificar falencias				
9	Política de calidad	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y alta dirección	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	2/05/2017	30/06/2017
	Revisión y validación de la política de calidad y especificar su respectiva publicación				
10	Objetivos de calidad	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la	Personal de charla, guías, documentos,	1/06/2017	30/06/2017
	Revisión y validación de los objetivos de calidad				

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (respondiendo que y como)	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
	Revisar y diseñar los indicadores de cada uno de los objetivos medibles con su periodicidad	institución y alta dirección	reuniones, entrevistas con cada líder de proceso		
11	Comunicación	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y alta dirección	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	1/06/2017	31/07/2017
	Revisar todo lo referente a la comunicación interna y externa, para dar lineamientos claros y definir su aplicación.				
12	Gestión de recursos	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y alta dirección	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	4/07/2017	31/07/2017
	Revisar, ya que existe una asignación leve de recursos humanos, financieros y de infraestructura				
	Ajustar el proceso de selección para que evalúe las competencias definidas, de manera que los pasos estén alineados con las mismas.				
	Elaborar un plan para que se evalúen las competencias al personal existente.				
	Determinar las necesidades de educación, formación y desarrollo de habilidades para que alimenten con el plan de capacitación.				
	Revisar las actividades del plan de capacitación, que se han desarrollado hasta la fecha, para ver como se demuestra que corresponden al mejoramiento de las competencias del personal.				
	Elaborar un plan de sensibilización para que el personal tenga clara la misión de su cargo y como contribuye al logro de los objetivos de calidad.				
Revisar que de todo lo anterior se tengan los registros.					
13	13. Infraestructura			4/07/2017	31/08/2017

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (respondiendo que y como)	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
	Revisar el funcionamiento y la existencia de registros de todo lo concerniente al numeral, como por ejemplo fallas Revisar la caracterización de procesos y las solicitudes relacionadas con la adecuación de los espacios y suministro de elementos y equipos de oficina.	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso		
14	Realización del producto o prestación del servicio	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	1/08/2017	31/08/2017
	Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio				
	La entidad debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del servicio.				
15	Relaciones con los pacientes	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	1/09/2017	29/09/2017
	Revisar el funcionamiento de la comunicación con los pacientes como la página de la institución, para tener definido medios de comunicación interna y externa, para tener medios para mostrar nuestro portafolio de servicios al cliente				
16	16. Medición, análisis y mejora	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución y apoyo de personal responsable por proceso	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	1/09/2017	29/09/2017
	En este ítem encontraremos				
	Satisfacción del cliente metodología para la implementación el formato de encuesta de satisfacción del cliente para obtener resultados hacer mediciones de calidad y buscar mejoras.				

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (respondiendo que y como)	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
	Auditoria interna ajuste del procedimiento de auditorías interna definido los requisitos para su planificación, así como los registros y la manera de socializar dichos resultados.				
	Presentar la planeación de las auditorías.				
	Control del servicio no conforme				
	Mejora continua ajuste al procedimiento de acciones correctivas y preventivas incluyendo el seguimiento frente a la eficacia de las actividades propuestas				
17	17. Entregable final	Estudiantes de proyecto, asesor administrativo de la institución	Personal de charla, guías, documentos, reuniones, entrevistas con cada líder de proceso	2/10/2017	31/10/2017

Se realizo la planificación y cronograma de actividades para el diseño y documentación de la norma técnica de calidad de la gestión pública NCTGP 1000 versión 2009 en E.S.E Hospital local de los patios el cual se encuentra en el anexo número 6.

9.2 Documentos asociados por cada ítem establecidos en la norma NTC GP1000 para el sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios

Para dar cumplimiento al tercer objetivo, a continuación, se muestran los documentos pertinentes y necesarios que se elaboraron para que se pueda dar cumplimiento al sistema de gestión de la calidad en la E.S.E Hospital Local de Los Patios basados en la norma NTCGP 1000.

Tabla 43 Documentos asociados por cada ítem establecidos en la norma NTC GP1000 para el sistema de gestión de calidad del E.S.E Hospital de los Patios

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC GP 1000 VERSION 2009		
4.1	REQUISITOS GENERALES		
a.	Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación).	Para el sistema de gestión de calidad se hizo una reestructuración del mapa de procesos que tenía la institución, donde se relacionó todo en este instrumento y posteriormente en el listado maestro de documentos, donde salieron los macroprocesos, procesos subprocesos, también se hizo las caracterizaciones por el ciclo PHVA y identificación de los planes de acción.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos
b.	Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos.		
c.	Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control del proceso ya están definidos.		
d.	Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.		
e.	Se realiza seguimiento y medición a los procesos.		
f.	Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos.		
g.	Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos.		
h.	Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente.		
i.	En el control sobre los procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
4.2	GESTIÓN DOCUMENTAL		
4.2.1	Generalidades		
a.	La política y los objetivos de calidad están documentados.	Para el sistema de gestión de calidad se reestructuro una nueva política de calidad junto con los objetivos de calidad, se establecieron todos los requerimientos documentales legales vigentes para la institución tanto asistenciales como administrativos, se manejaron todos los registros normativos en la parte asistencial en la resolución 2003 del 2014 y los documentos, formatos y registros de apoyo y administrativos para la implementación del SGC	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos MCC-SC-M01 Manual de Calidad
b.	Existe un Manual de Calidad.		
c.	Se han elaborado los procedimientos documentados exigidos por esta norma (Control de documentos, control de registros, control del producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditorías internas de calidad).		
d.	Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) que le permitan a la entidad asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.		
e.	Se diligencian y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000.		
4.2.2	Manual de Calidad		
a.	Está documentado el Manual de la Calidad.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un manual de calidad de la institución, donde se realiza el alcance y objetivos del sistema, en este manual se presentarán las actividades necesarias a poner en práctica y los procedimientos que se deben seguir para cumplir con la implementación del Sistema integrado de Gestión de la Calidad en cada uno de los procesos que se requiera a partir de la política de calidad, la trazabilidad de los objetivos, definición de los alcances de la misma, caracterización de los procesos y demás requerimientos que se deban seguir para garantizar la calidad del servicio prestado por cada proceso.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos MCC-SC-M01 Manual de Calidad
b.	Incluye el alcance y las exclusiones.		
c.	Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos.		
d.	Incluye la secuencia e interacción de los procesos.		
4.2.3	Control de Documentos		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
a.	Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición.	<p>Para el sistema de gestión de calidad se hizo estableció un procedimiento para la elaboración, revisión, aprobación documental, al igual se acompañó para la adopción de procedimiento de guías de prácticas clínicas de las primeras cinco causas del servicio, al igual del registro de formato AGRIIEEII obligatorios por ley donde se mira la pertinencia de esas diferentes guías de prácticas clínicas que no son realizadas por el ministerio de salud, se realizó un manual de estructura documental, procedimiento de adopción de guías clínicas, procedimiento de actos administrativos</p>	<p>TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos TIC-GD-P01 Procedimiento para elaboración, revisión, actualización y aprobación documental TIC-GD-M01 Plan de gestión documental</p>
b.	Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y reprobación de los documentos.		
c.	Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente.		
d.	Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable.		
e.	Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos.		
f.	Existe un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución.		
g.	Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos obsoletos, y la identificación de aquellos que se conservan.		
h.	Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (Ley de archivos).		
4.2.4	Control de Registros		
a.	Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.	<p>Para el sistema de gestión de calidad se manejó como una guía general la ley 594 del 2000 (ley general de archivo) en la cual especifica los requisitos generales de los registros administrativos incluyendo el archivo de gestión, el archivo central y el archivo histórico, al</p>	<p>TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos TIC-GD-M01 Plan de gestión documental TIC-GD-M03 Manual de manejo y</p>
b.	Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación, y disposición de los registros.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
c.	Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (Ley de archivos).	igual se recepciona identifica que la institución cuenta con un manual de historias clínicas en donde especifica el manejo del aplicativo KUBAPP y el manejo de los mismo	diligenciamiento de historias clínicas
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN		
a.	La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios.	Para el sistema de gestión de calidad se acompañó a los diferentes planes de acción donde la alta dirección se comprometió a la implementación del sistema de gestión de calidad	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M07 Manual de políticas institucionales
b.	Se ha establecido la política de la calidad.		
c.	Se han establecido los objetivos de la calidad.		
d.	Se han realizado las revisiones por la dirección.		
e.	Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.		
5.2	ENFOQUE HACIA EL CLIENTE		
a.	Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó procedimientos de PQRS, formatos de PQRS, encuestas de satisfacción, actualización del manual de SIAU, es una iniciativa diseñada por el Ministerio de la protección social, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporciona a los usuarios en las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias sobre la prestación de los servicios que brinda la E.S.E. Hospital Local de los Patios, otro mecanismo de participación es la asociación de usuarios	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos MCC-SC-M01 Manual de Calidad TIC-SU-M01 Manual del SIAU
b.	Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad.		
c.	Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente.		
d.	Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control.		
5.3	POLÍTICA DE CALIDAD		
a.	Es adecuada a la misión de la entidad		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
b.	Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos.	Para el sistema de gestión de calidad se hizo una reestructuración de la política de calidad tomando como guía el plan de desarrollo de la institución en lineamiento con el enfoque de la institución	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M07 Manual de políticas institucionales
c.	Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad.		
d.	Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.		
e.	Es comunicada y entendida por los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad.		
f.	Se revisa para su adecuación continua.		
5.4	PLANIFICACIÓN		
5.4.1	Objetivos de Calidad		
a.	Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización.	Para el sistema de gestión de calidad se plasmaron dentro del manual de calidad los objetivos del sistema de gestión	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos MCC-SC-M01 Manual de Calidad
b.	Incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y/o servicio.		
c.	Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de la calidad.		
d.	En la formulación de los objetivos de calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad.		
e.	En la formulación de los objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad.		
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad		
a.	Se ha establecido en la planificación de la calidad el cumplimiento al requisito 4,1 de la Norma NTC GP 1000:2009.	Para el sistema de gestión de calidad mediante el análisis ya planteado se realizó un cronograma de actividades el cual estipula las actividades a realizar por cada uno de los	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos MCC-SC-P05 Planificación del SGC
b.	Se ha establecido en la planificación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de calidad.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
c.	Se ha establecido en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este.	numerales en los tiempos determinados	
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN		
5.5.1	Responsabilidad y Autoridad		
a.	Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades.	Para el sistema de gestión de calidad la institución mediante un acto administrativo se tenía instaurado un manual de funciones de la institución	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GTH-TH-M01 Manual de Talento humano
b.	Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades.		
5.5.2	Representante de la Dirección		
a.	Esta designado formalmente ante la organización.	Para el sistema de gestión de calidad se tiene establecido un líder calidad asistencial en el cual se hizo o el acompañamiento para todos los procesos misionales junto con sus requerimientos legales	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos MCC-SC-M05 Manual de comités
b.	Es un miembro de la Dirección.		
c.	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.		
d.	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño de sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.		
e.	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.		
5.5.3	Comunicación Interna		
a.	Se han establecido mecanismos de comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un formato y un procedimiento para realizar la función de comunicación interna, para este se realizó un procedimiento de comunicación interna	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos TIC-CM-P01 Comunicaciones Internas
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		
5.6.1	Generalidades		
a.	Está planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección al sistema de gestión de la calidad.	Para el sistema de gestión de calidad en este numeral se realizó acompañamiento y	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
b.	La revisión es concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad del sistema de gestión de la calidad.	consejería a la dirección sobre la frecuencia de aquellas revisiones referentes a los informes entregados a la alta dirección.	GER-DE-P05 Revisión por la dirección
c.	Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora		
d.	Se incluye en la revisión la evaluación de la necesidad de realizar cambios al sistema de gestión de la calidad incluyendo la política y los objetivos de la calidad		
e.	Se mantiene registros de las revisiones por la dirección.		
5.6.2	Información Para la Revisión		
a.	Se analizan en la revisión los resultados de las auditorías.	Para el sistema de gestión de calidad se hacen en los diferentes informes de gestión por proceso, donde existe un documento de plan de auditorías al cual se le tiene que hacer revisión periódicamente, seguimiento a planes de acción y resultados de auditorías para los planes de mejora	GER-DE-P01-F02 Plan de Gestión
b.	Se analiza en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes.		
c.	Se consideran en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio.		
d.	Se considera en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas.		
e.	Se consideran en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores.		
f.	Se consideran en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad.		
g.	Se consideran las recomendaciones para la mejora.		
h.	Se consideran en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la entidad.		
5.6.3	Resultado de la Revisión		
a.	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.	Para el sistema de gestión de calidad se realiza anualmente un informe de gestión en los diferentes objetivos, planes y proyectos el cual se hizo un acompañamiento de los	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M01 Manual de la junta directiva
b.	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora del producto con elación a los requisitos del cliente.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
c.	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos.	parámetros para realizar este informe	
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS		
6.1	PROVISIÓN DE LOS RECURSOS		
a.	Se han establecido estrategias para dar cumplimiento a la función de la entidad, asegurando los recursos necesarios para el logro de los objetivos institucionales.	Para el sistema de gestión de calidad existe el plan anual de compras el cual se le diseño un procedimiento de plan operativo anual de inversiones para su funcionamiento, se realizó un procedimiento de identificación, selección de proveedores, solicitud de pedido de almacén, registro de mantenimiento preventivo.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos FIN-PR-M01 Manual de procedimiento presupuestales
b.	La entidad ha asegurado la disponibilidad de recursos (financieros, humanos y operacionales) para el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad y para cumplir los requisitos de sus clientes/ciudadanos.		
6.2	TALENTO HUMANO		
6.2.1	Generalidades		
a.	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia.	Para el sistema de gestión de calidad se hizo un procedimiento para la selección de personal, se diseñó una lista de chequeo documental, se instauró un formato para el plan de capacitaciones, también se realizó un procedimiento de inducción y reinducción, formato de inducción y reinducción, procedimiento de calificación y evaluación de desempeño entre otros documentos, se determinaron los lineamientos y las acciones que han de considerarse para la planeación, selección y vinculación del personal de la E.S.E. hospital local de los Patios, con el fin de garantizar la escogencia idónea y competente, también se establecieron las directrices y lineamientos para realizar la Evaluación del Desempeño Laboral (EDL) de acuerdo con los parámetros	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GTH-TH-M01 Manual de Talento humano
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación		
a.	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio.		
b.	Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades.		
c.	Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad.		
d.	Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
e.	Se tienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas.	establecidos en la Normatividad Vigente	
6.3	INFRAESTRUCTURA		
a.	Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	Para el sistema de gestión de calidad se creó el proceso de gestión ambiental donde se formula y orientar las directrices para la prevención y la mitigación de los impactos generados, donde la institución cuenta con una sede principal la cual cuenta con convenios docencia servicio asistencias con la Universidad Francisco de Paula de Santander, facultad de enfermería, Universidad de Santander UDES programa de Fisioterapia, bacteriología. Igualmente se tiene convenio con el Instituto sin fronteras para el programa de auxiliares en enfermería que apoya el proceso de prestación de servicios apoyados en la docente de práctica de forma presencial, además se cuenta con personal médico suficiente, que permite el cumplimiento de la asignación de citas en forma oportuna. Se brinda atención a pacientes vinculados, afiliados a EPS Subsidiada y tiene tres filiales que realizan en este centro consulta externa con médico general, consulta externa de odontología general, higiene oral, consulta de enfermería, actividades de Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos
b.	Incluye la infraestructura edificios, espacio de trabajo, servicios asociados (comunicaciones, transporte, vigilancia y otros), equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio.		
c.	Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO		
a.	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un manual de convivencia laboral para todo el personal de la institución	GTH-SST-M07 Manual de convivencia laboral

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
b.	Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		
7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
a.	Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales).	Para el sistema de gestión de calidad donde los servicios habilitados tienen que cumplir con unos requerimientos técnicos los cuales presentan los parámetros respecto a los estudios que puedan presentar, donde se maneja un conducto regular para la habilitación y prestación del servicio. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. Los servicios de la E.S.E Hospital de los Patios comprenden todos los requerimientos normativos presentes en el SOGCS – decreto 1011 del 2006 y la resolución 2003 del 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, se realizó para un control el listado maestro de documentos y el documento de modelos de atención	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos
b.	Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo con lo planificado.		
c.	La planificación de estos procesos es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (4.1).		
d.	La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio.		
e.	La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio.		
f.	La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
g.	La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos.		
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE		
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio		
a.	La entidad ha determinado los requisitos del producto especificados por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo.	Para el sistema de gestión de calidad se siguió los lineamientos del instituto departamental de salud de norte de Santander, decreto 1011 del 2006	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos
b.	La entidad ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada.		
c.	La entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.		
d.	Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de la entidad.		
7.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación		
a.	Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos al cliente.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó el plan de capacitaciones y el plan de bienestar social para cumplir todos los lineamientos de la institución.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GTH-TH-M02 Plan de capacitaciones y bienestar laboral
b.	Se asegura la entidad que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente.		
c.	Se asegura la entidad que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.		
d.	Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
e.	Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.		
7.2.3	Comunicación con los clientes		
a.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó procedimientos de PQRS, formatos de PQRS, encuestas de satisfacción, actualización del manual de SIAU, es una iniciativa diseñada por el Ministerio de la protección social, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporciona a los usuarios en las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias sobre la prestación de los servicios que brinda la E.S.E. Hospital Local de los Patios, otro mecanismo de participación es la asociación de usuarios más las campañas de educación al usuario.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos TIC-SU-M01 Manual del SIAU TIC-SU-P01 Procedimiento de PQRS
b.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio).		
c.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (Posterior a la prestación del servicio)		
d.	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana.		
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO		
7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo		
a.	Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.	Para el sistema de gestión de calidad en el manual de calidad de la E.S.E Hospital se excluyó este numeral ya que no aplica para la institución	MCC-SC-M01 Manual de Calidad
b.	Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.		
c.	Se determinan las etapas del diseño y desarrollo.		
d.	Se determinan las actividades de revisión, verificación, y validación apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.		
e.	Se establece la responsabilidad y autoridad para el diseño y desarrollo.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
f.	Se gestionan las relaciones entre los grupos comprometidos con el diseño y desarrollo, asegurando una eficaz comunicación entre los mismos.		
g.	Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo.		
7.3.2	Elementos de Entrada Para el Diseño y Desarrollo		
a.	Se determinan y se mantienen los registros de las entradas al diseño y desarrollo del producto y/o servicio.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la prestación del servicio de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS donde todas las metodologías están basadas en protocolos, guías, manuales, políticas y documentos específicos por lo cual no se realiza ningunas actividades de diseño.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M03 Modelo de Atención
b.	Se incluyen los requisitos funcionales y de desempeño en las entradas al diseño y desarrollo.		
c.	Se incluyen los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo.		
d.	Se incluye la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo.		
e.	Se incluyen los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo.		
f.	Se revisa la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo.		
g.	Los requisitos de entrada del diseño y desarrollo se presentan completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones.		
7.3.3	Resultado del Diseño y Desarrollo		
a.	Se proporcionan los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la prestación del servicio de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS donde todas las metodologías están basadas en protocolos, guías, manuales, políticas y documentos específicos por lo cual no se realiza ningunas actividades de diseño.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M03 Modelo de Atención
b.	Se aprueban los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación.		
c.	Los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de entrada.		
d.	Los resultados del diseño y desarrollo proporcionan información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
e.	Los resultados del diseño y desarrollo contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio.		
f.	Los resultados del diseño y desarrollo especifican las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio.		
7.3.4	Revisión del Diseño y Desarrollo		
a.	Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la prestación del servicio de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS donde todas las metodologías están basadas en protocolos, guías, manuales, políticas y documentos específicos por lo cual no se realiza ningunas actividades de diseño.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M03 Modelo de Atención
b.	En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos.		
c.	En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos.		
d.	En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando.		
e.	Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen.		
7.3.5	Verificación del Diseño y Desarrollo		
a.	Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la prestación del servicio de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS donde todas las metodologías están basadas en protocolos, guías, manuales, políticas y documentos específicos por lo cual no se realiza ningunas actividades de diseño.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M03 Modelo de Atención
b.	En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.		
c.	Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma.		
7.3.6	Validación del Diseño y Desarrollo		
a.	Se realiza validación sistemática del diseño y desarrollo, según lo planificado.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la prestación del servicio de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS donde todas las metodologías están basadas en protocolos, guías, manuales, políticas y documentos específicos por lo	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M03 Modelo de Atención
b.	En esta validación se confirma que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada.		
c.	La validación se realiza antes de la entrega del producto y/o servicio al cliente.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
d.	Se registran los resultados de la validación y las acciones derivadas de la misma.	cual no se realiza ningunas actividades de diseño.	
7.3.7	Control de Cambios del Diseño y Desarrollo		
a.	Se identifican y registran los cambios que se efectúan al diseño y desarrollo.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la prestación del servicio de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS donde todas las metodologías están basadas en protocolos, guías, manuales, políticas y documentos específicos por lo cual no se realiza ningunas actividades de diseño.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GER-DE-M03 Modelo de Atención
b.	Se revisan, verifican y validan los cambios hechos al diseño y desarrollo.		
c.	Los cambios hechos al diseño y desarrollo se aprueban antes de la implementación.		
d.	La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado.		
e.	Se registran los resultados de las revisiones de los cambios y las acciones que de ellas se derivan.		
7.4	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		
7.4.1	Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios		
a.	Se asegura la entidad de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó que un procedimiento para la selección de proveedores, formato de solicitud de almacén, manual de compras. Este proceso aplica desde la identificación de la necesidad, continuamente realizando las invitaciones respectivas e identificación de los proveedores de bienes y servicios que logren satisfacer esa necesidad hasta su selección y debido seguimiento a los que consideran críticos para la institución.	Plan de compras FIN-AS-M01 Manual de procedimientos de almacén y suministro
b.	Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de la entidad.		
c.	Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en una selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o motivación subjetiva).		
d.	Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
e.	Están definidos los criterios de selección de los proveedores.		
f.	Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores		
g.	Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se deriven.		
h.	¿Existe un plan de compras adoptado por la Organización?		
i.	¿Los proveedores se encuentran debidamente inscritos en el registro de proponentes?		
j.	Los bienes o servicios se encuentran debidamente inscritos en el CUBS (Catálogo único de bienes y servicios)		
k.	El Proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para la contratación estatal SICE.		
l.	El proceso contractual se reporta a la Cámara de Comercio.		
7.4.2	Información Para la Adquisición de Bienes y Servicios		
a.	Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó que un procedimiento para la selección de proveedores, formato de solicitud de almacén, manual de compras. Este proceso aplica desde la identificación de la necesidad, continuamente realizando las invitaciones respectivas e identificación de los proveedores de bienes y servicios que logren satisfacer esa necesidad hasta su selección y debido seguimiento a los que consideran críticos para la institución.	FIN-AS-P03 Procedimiento para la adquisición de bienes y servicios
b.	Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista.		
c.	Se definen requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad.		
d.	La entidad se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor.		
7.4.3	Verificación de los Productos y/o Servicios Adquiridos		
a.	Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó que un procedimiento para la selección de proveedores, formato de	Plan de compras FIN-AS-M01 Manual de procedimientos de

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
b.	Si la entidad o su cliente se proponen verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidos en los documentos de compra las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio.	solicitud de almacén, manual de compras. Este proceso aplica desde la identificación de la necesidad, continuamente realizando las invitaciones respectivas e identificación de los proveedores de bienes y servicios que logren satisfacer esa necesidad hasta su selección y debido seguimiento a los que consideran críticos para la institución, requerimientos técnicos de lo adquirido	almacén y suministro
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
7.5.1	Control de la Producción y Prestación del Servicio		
a.	Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio.	Para el sistema de gestión de calidad mediante la auditoria de historias clínicas constante se verifica el control, condiciones de la prestación del servicio entre otros	TIC-SU-M01 Manual SIAU
b.	La producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas.		
c.	Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: fichas técnicas, protocolos del servicio).		
d.	Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos).		
e.	Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio.		
f.	Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento.		
g.	Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición.		
h.	Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
i.	Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia.		
7.5.2	Validación de los Procesos de la Producción y Prestación del Servicio		
a.	Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales).	Para el sistema de gestión de calidad se realiza mediante la certificación que presta el instituto departamental de salud, la cual debe estar sujeta en presentación pública.	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos TIC-SU-M01 Manual SIAU
b.	La validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados.		
c.	En la validación se incluye la calificación y aprobación de procesos, equipos, personas y métodos.		
d.	En la validación se incluyen los requisitos para los registros.		
e.	En la validación se incluyen los requisitos para la revalidación.		
7.5.3	Identificación y Trazabilidad		
a.	Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio.	Para el sistema de gestión de calidad se acoge a los diferentes entes de control y las auditorías externas e internas al sistema	TIC-GD-M03 Manual de historias clínicas
b.	Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento.		
c.	Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio.		
7.5.4	Propiedad del cliente (bienes suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio)		
a.	Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en que los usuarios de la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS no suministran bienes que se deban integrar a los servicios. La información que suministran los usuarios es registrada en las Historia y/o expedientes clínicos	
b.	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente.		
c.	Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
d.	Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso.	que reposan en las instalaciones de la ESE HOSPITAL y se maneja con la respectiva reserva que ésta requiere.	
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio		
a.	Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto.	Para el sistema de gestión de calidad se basó en la ESE HOSPITAL que, en los procesos de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, debido a la naturaleza del servicio por ser intangible no permite la manipulación, embalaje, almacenamiento y protección de los mismos.	
b.	La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección.		
c.	La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo.		
7.6	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO		
a.	Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un procedimiento de mantenimiento preventivo, correctivo y los diferentes formatos, donde comienza desde la realización y revisión del cronograma de actividades hasta la ejecución del mantenimiento preventivo programado de los diferentes equipos de la institución, donde se tiene contratado un ingeniero biomédico el cual se tiene que hacerle un seguimiento a los diferentes equipos junto con su calibración pertinente para la prestación del servicio	TIC-GD-P01-F01 Listado maestro de documentos GAF-EB-M01 Manual de equipos biomédicos
b.	Se asegura la entidad de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo con los requisitos establecidos.		
c.	Para validar los resultados de la medición, se calibran o se verifican los equipos de medición contra patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales.		
d.	Si no existen patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales, la entidad se asegura de registrar la base utilizada para la calibración.		
e.	Cuando se detecta que un equipo de medición no tiene la capacidad de medición requerida, se le ajusta o reajusta según sea necesario.		
f.	Los equipos de medición se identifican para poder determinar su estado de calibración.		
g.	Se protegen los equipos de medición contra ajustes que invaliden la calibración.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
h.	Se protegen los equipos de medición contra daños y deterioro durante el manejo, mantenimiento y almacenamiento.		
i.	Se tienen los registros de las calibraciones o verificaciones de los equipos de medición.		
j.	Se evalúa la validez de los resultados de las mediciones anteriores, cuando se encuentra que un equipo no está conforme con los requisitos.		
k.	Cuando se encuentra que un equipo de medición no está conforme con los requisitos, se toman las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado.		
l.	Cuando se usa software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, la entidad confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista.		
m.	Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario.		
8.	MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA		
8.1	GENERALIDADES		
a.	Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un procedimiento de auditorías internas de gestión, evaluación de planes de acción por proceso, procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora, donde el enfoque es establecer el procedimiento para realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la Entidad, con el fin de determinar si es conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos aplicables, y que el Sistema Integrado de Gestión y	CIG-AI-P01 Procedimiento de auditorías internas de gestión GER-DE-G01 Plan de acción por proceso MCC-SC-P02 Procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora
b.	Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.		
c.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio.		
d.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.		
e.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
f.	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.	Control se han implementado y se mantienen de manera eficaz.	
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		
8.2.1	Satisfacción del cliente		
a.	Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó procedimientos de PQRSD, formatos de PQRSD, encuestas de satisfacción, actualización del manual de SIAU, es una iniciativa diseñada por el Ministerio de la protección social, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporciona a los usuarios en las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias sobre la prestación de los servicios que brinda la E.S.E. Hospital Local de los Patios, otro mecanismo de participación es la asociación de usuarios	TIC-SU-M01 Manual del SIAU TIC-SU-P01 Encuesta de satisfacción TIC-SU-P02 procedimiento PQRSD TIC-SU-P04 Procedimiento con enfoque diferencial
b.	Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente.		
8.2.2	Auditoria interna (de calidad)		
a.	Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un procedimiento de auditorías internas de gestión, donde el enfoque es establecer el procedimiento para realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la Entidad, con el fin de determinar si es conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos aplicables, y que el Sistema Integrado de Gestión y Control se han implementado y se mantienen de manera eficaz, donde aplica a todos los procesos actividades,	CIG-AI-P01 Auditorías internas de gestión CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
		operaciones y resultados del ESE hospital. Ejecución de las operaciones.	
b.	En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTC GP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad	El compendio y análisis de esta información les permite a la Oficina de Control Interno o Unidad de Auditoría Interna adquirir o fortalecer el conocimiento y entendimiento de la entidad necesarios para tener una visión global de la organización y su entorno, comunicando ese entendimiento a otros, y obtener la habilidad necesaria para construir la base que permita elaborar el Plan Anual de Auditoría Interna de Gestión.	
c.	En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.	Es necesario comprender y analizar la información necesaria sobre el entorno y los aspectos internos de la entidad, preparando y documentando un Informe General, con la siguiente información: Función Básica donde es la Identificación de los principales grupos interesados en la entidad: comunidades específicas, sectores sociales o económicos, gobierno, proveedores, clientes o beneficiarios de la actividad, entidades financieras.	

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
d.	Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar.	Misión y Visión Objetivos Institucionales, Estructura Organizacional, Planes y programas más representativos, Fuentes de financiamiento, presupuesto en ejecución, Modelo de Operación, Descripción breve de los Macroprocesos y procesos, Principales políticas de Administración de Riesgos, Formas de información y comunicación de sus resultados, Principales resultados de la Autoevaluación, Principales resultados de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, Principales resultados de Auditoría Interna de Gestión, Planes de Mejoramiento en ejecución, Logros institucionales último año, Problemas o dificultades enfrentados en el último año, Áreas o asuntos considerados de alto riesgo, Prioridades de la alta dirección en el cumplimiento de sus objetivos, Situación actual – resumen- del entorno social, económico, financiero y político de la entidad.	
e.	Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorías previas.		
f.	Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad.		
g.	Las auditorías internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad.		
h.	Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos.		



NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
i.	La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada.		
j.	Las actividades de seguimiento a las auditorías incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación.		
k.	Se conservan registros de los resultados de las auditorías internas.		
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos		
a.	Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un procedimiento de auditorías internas de gestión, evaluación de planes de acción por proceso, procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora, donde el enfoque es establecer el procedimiento para realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la Entidad, con el fin de determinar si es conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos aplicables, y que el Sistema Integrado de Gestión y Control se han implementado y se mantienen de manera eficaz.	CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos
b.	El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad.		
c.	Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados.		
d.	Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación.		
e.	Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web.		
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio		
a.	Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó un procedimiento de auditorías internas de gestión, evaluación de planes de acción por proceso, procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora, donde el enfoque es establecer el procedimiento para realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades,	CIG-AI-P01 Auditorías internas de gestión CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos
b.	Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio.		
c.	Se hace el seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo como se planificó.		
d.	Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
e.	Los registros que se mantienen incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio.	operaciones y resultados de la Entidad, con el fin de determinar si es conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos aplicables, y que el Sistema Integrado de Gestión y Control se han implementado y se mantienen de manera eficaz.	
f.	Se libera el producto únicamente cuando ha cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas.		
g.	Cuando se libera el producto sin que se hayan cumplido las disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en la entidad o por el cliente.		
8.3	CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME		
a.	Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional.	Para el sistema de gestión de calidad se realizó procedimientos de PQRS, formatos de PQRS, encuestas de satisfacción, actualización del manual de SIAU, es una iniciativa diseñada por el Ministerio de la protección social, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporciona a los usuarios en las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias sobre la prestación de los servicios que brinda la E.S.E. Hospital Local de los Patios, otro mecanismo de participación es la asociación de usuarios . El producto/servicio no conforme se identifica a través de la revisión y/o verificación de las actividades de los procesos y de aquellos que afectan directamente la satisfacción del usuario. Este puede presentarse antes o en la prestación del servicio.	TIC-SU-M01 Manual del SIAU TIC-SU-P02 procedimiento PQRS
b.	Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional.		
c.	Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme.		
d.	Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada ó autorizar su uso bajo concesión ó definir acciones para impedir su uso o aplicación.		
e.	Cuando se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un producto no conforme, esto lo hace una autoridad pertinente en la entidad o el cliente, cuando sea aplicable.		
f.	Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones.		
g.	Los productos corregidos se someten a una nueva verificación.		
h.	Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto está en uso o ya fue entregado.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
8.4	ANALISIS DE DATOS		
a.	Se determina cuáles son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.	Para el sistema de gestión de calidad se apoyó en el manual de comités donde En la ESE Hospital Local de los Patios, los Comités han resultado de gran ayuda para contribuir en grado considerable a la buena marcha de la entidad, son considerados espacios de Comunicación, Liderazgo y Trabajo en Equipo, en el cual los servidores públicos participan de manera activa. Pero, en su defecto, es necesaria la creación de un documento institucional para orientar el que hacer de los diferentes comités ya conformados estableciendo su reglamentación interna, con el propósito de hacerlos productivos y que aporten al mejoramiento de la Institución, El presente Manual de reglamentación y funcionamiento interno de los comités hospitalarios conformados en la ESE Hospital local de los Patios constituye una referencia para quienes integran este tipo de órganos institucionales, y tiene como finalidad propiciar una gestión ágil y acorde con los lineamientos nacionales e institucionales en el campo de la salud, estableciendo un documento institucional que promueva la definición de reglas y responsabilidades de cada uno de los comités hospitalarios, contribuyendo al éxito en el cumplimiento de los objetivos.	CIG-AI-P01 Auditorías internas de gestión CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos
b.	Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.		
c.	Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.		
d.	Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente.		
e.	El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente.		
f.	El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		
g.	El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas.		
h.	El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores.		
8.5	MEJORA		
8.5.1	Mejora Continua		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
a.	<p>La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la</p> <p>revisión por la dirección</p>	<p>Para el sistema de gestión de calidad se hizo un procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora para su respectiva identificación, documentación y aplicación, donde describe los criterios y metodología para la formulación de acciones preventivas y correctivas, que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial del SGC. Así como la implementación de acciones de mejora que permitan incrementar la efectividad de los procesos y la satisfacción de los clientes.</p> <p>Controlar y hacer seguimiento oportuno a los servicios de la entidad para formular e implementar acciones de mejora, preventivas y correctivas que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial del SGC.</p>	<p>CIG-AI-P01 Auditorías internas de gestión CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos MCC-SC-P02 Procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora</p>
8.5.2	Acciones Correctivas		
a.	Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir.	<p>Para el sistema de gestión de calidad se hizo un procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora para su respectiva identificación, documentación y aplicación, donde describe los criterios y metodología para la formulación de acciones preventivas y correctivas, que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial del SGC. Así como la implementación de acciones de mejora que permitan incrementar la efectividad de los procesos y la satisfacción de los clientes. Controlar y hacer seguimiento oportuno a los</p>	<p>CIG-AI-P01 Auditorías internas de gestión CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos MCC-SC-P02 Procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora</p>
b.	Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas.		
c.	Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada.		

NUMERAL	NOMBRE NUMERAL Y EXIGENCIAS	ACCIONES REALIZADAS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
d.	Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados.	servicios de la entidad para formular e implementar acciones de mejora, preventivas y correctivas que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial del SGC	
8.5.2	Acciones Preventivas		
a.	Se eliminan las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	Para el sistema de gestión de calidad se hizo un procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora para su respectiva identificación, documentación y aplicación, donde describe los criterios y metodología para la formulación de acciones preventivas y correctivas, que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial del SGC. Así como la implementación de acciones de mejora que permitan incrementar la efectividad de los procesos y la satisfacción de los clientes. Controlar y hacer seguimiento oportuno a los servicios de la entidad para formular e implementar acciones de mejora, preventivas y correctivas que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial del SGC	CIG-AI-P01 Auditorías internas de gestión CIG-AI-P03 Evaluación de planes de acción por procesos MCC-SC-P02 Procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora
b.	Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales.		
c.	Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada.		
d.	Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas.		
e.	Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados.		

9.3 Direccionamiento estratégico

9.3.1 Política de calidad.

La ESE Hospital Local de Los Patios, como institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, está comprometida con la satisfacción de las necesidades de la población del municipio, apoyados en la capacidad de trabajo de todos sus funcionarios, el respeto por el medio ambiente, el buen uso de los recursos, operatividad de las políticas institucionales y las buenas relaciones con los actores del sistema; a través de la aplicación de altos estándares de calidad que permitan el mejoramiento continuo de los procesos.

9.3.2 Objetivos de calidad

- Mantener un nivel de satisfacción de los usuarios adecuado durante la prestación de los servicios asistenciales
- Establecer una interacción integral con los actores del sistema, prestando una atención acorde a las directrices normativas en los diferentes servicios habilitados de la ESE Hospital Local de los Patios.
- Promover la cultura ambiental en todos los servicios habilitados de la institución para un desarrollo sostenible.
- Establecer programas de mejoramiento continuo para incrementar los niveles de eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de la Institución.

9.3.3 Mapa de procesos

Ilustración 4 Mapa de procesos del E.S.E Hospital de los Patios



9.4 Documentación del sistema de gestión de calidad de la E.S.E hospital de los patios

9.4.1 Estructura documental aplicada para el sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios

La estructura documental del sistema de gestión de calidad tiene una codificación de cada documento del tipo de documento ya sea formato, documento específico, instructivo o procedimiento.

Se presenta la clasificación con su respectivo significado con un ejemplo:

Tabla 44 Estructura documental del sistema de gestión de calidad

Tipos de Documentos		
Abreviatura	Nombre del documento	Descripción
PR	Protocolo	Documento que describe la secuencia de un proceso de atención de un usuario y que exigen su cumplimiento
M	Manual	Publicación que incluye los aspectos fundamentales de una materia.

Abreviatura	Nombre del documento	Descripción
G	Guía	Es aquello el cual tiene por objetivo y fin el conducir, encaminar y dirigir algo para que se llegue a buen puerto en la cuestión de la que se trate. Se es requerido la referencia
P	Procedimiento	Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
F	Formato	Es una estructura que nos permite anotar información de manera estructurada.
RE	Registro	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.
PL	Política	Directriz u orientación por la cual la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio.
RG	Reglamento	Colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para la ejecución de una ley o para el régimen de una corporación, una dependencia o un servicio

Tabla 45 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos estratégicos ESE Hospital de los Patios

Macroprocesos estratégicos						
Gestión gerencial	GER	direccionamiento estratégico	DE	direccionamiento estratégico	N/A	
		revisoría fiscal	RF	revisoría fiscal	N/A	
Mejoramiento continuo	MCC	seguimiento del sistema de calidad	SC	seguimiento del sistema de calidad	N/A	
		auditoria interna del sistema de calidad	ASC	auditoria interna del sistema de calidad	N/A	
		Sistema Obligatorio de garantía de calidad (SOGCS)	SGC	sistema único de habilitación		SUH
				PAMEC		PC
				Sistema único de información		SUI

Tabla 46 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos misionales ESE Hospital de los Patios

Macroprocesos Misionales					
Gestión asistencial	GEA	Servicio ambulatorio	SA	Consulta externa	CEX
				Odontología	ODN
		Salud publica	SP	Salud publica	N/A
		vigilancia de salud publica	VSP	Vigilancia de salud publica	N/A
		Promoción y Prevención	PYP	Programas de p y p	PR
				Vacunación	VCN
				Vigilancia epidemiológica	VE

Macroprocesos Misionales					
				Unidad móvil	UM
				Planeación líneas atención preferencial y transversal	PLA
		obstetricia	OB	Obstetricia	N/A
		Urgencias	UR	Urgencias	N/A
		hospitalización	HS	Hospitalización	N/A
		institución amiga de la mujer y de la infancia (IAMI)	IA	Institución amiga de la mujer y de la infancia (IAMI)	N/A
		Referencia y Contrarreferencia	RC	Referencia y Contrarreferencia	N/A
		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	AT	Nutrición	NTR
				Terapia Física y respiratoria	FR
				Psicología	PS
				laboratorio clínico	LC
				Rayos X	RX
				Ultrasonido	UL
		Transporte asistencial	TA	transporte asistencial	N/A



Tabla 47 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos apoyo ESE Hospital de los Patios

Macroprocesos Apoyo					
Gestión del ambiente físico	GA F	Gestión de equipo biomédicos	EB	Gestión de equipo biomédicos	N/A
		Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	IE	Gestión de la infraestructura física y mantenimiento	N/A
		Gestión Ambiental	GA	Saneamiento Ambiental	N/A
		Seguridad	SD	Seguridad	N/A
		Servicios generales	SG	Servicios generales	N/A
		Esterilización	ES	Esterilización	N/A
		lavandería	LA	lavandería	N/A
Gestión del talento humano	GT H	Gestión talento humano	TH	Gestión talento humano	N/A
		Gestión contractual	CT	contratación	N/A
		Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	SST	Seguridad y salud en el trabajo	N/A
		Control interno disciplinario	CID	Control interno disciplinario	N/A
Gestión financiera	FIN	Facturación	FC	Facturación	N/A
		Contabilidad	CN	Contabilidad	N/A
		Tesorería	TS	Tesorería	N/A
		presupuesto	PR	presupuesto	N/A
		Cartera	CR	Cartera	N/A
		Almacén y suministros	AS	Almacén y suministros	N/A

Macroprocesos Apoyo					
		Auditoría de cuentas médicas	AC M	Auditoría de cuentas médicas	N/A
Gestión de Tics	TIC	comunicaciones	CM	comunicaciones	N/A
		sistemas y estadísticas	SE	sistemas y estadísticas	N/A
		Gestión Documentales	GD	archivo documental	N/A
		SIAU	SU	SIAU	N/A
Gestión de medicamentos	GM D	Farmacia	FR	Farmacia	N/A
Gestión Jurídica	JUR	Defensa jurídica	DJ	Defensa jurídica	N/A

Tabla 48 Estructura documental Macroprocesos, procesos y subprocesos evaluación ESE Hospital de los Patios

Macroprocesos de Evaluación					
Control Interno de Gestión	CIG	Auditoria interna	AI	Auditoria interna	N/A
		Evaluación independiente	EI	Evaluación independiente	N/A

Ilustración 5 Ejemplo estructura documental del sistema de gestión de calidad



9.4.2 Listado maestro de documentos ESE Hospital de los Patios

Se establecieron los documentos obligatorios del sistema de gestión de calidad en la E.S.E

Hospital de los Patios basados en la NTCGP 1000 versión 2009.

Tabla 49 Listado maestro de documentos propuesto de la E.S.E Hospital de los Patios

PROCESO / SUBPROCESO	CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSIÓN ACTUAL
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M01	Manual Junta Directiva	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M02	Plataforma Estratégica	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M03	Modelo Atención	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M04	Código Ética	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M05	Manual Deberes Y Derechos	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M06	Plan Anticorrupción Y Atención Ciudadano	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M07	Manual De Políticas Institucionales	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M08	Manual De Proyectos	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-G01	Creación De Objetivos Y Mestas Por Unidades Funcionales	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P01	Procedimiento Para La Definición Y Replanteamiento Del Direccionamiento Estratégico	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P02	Gestión De Riesgos	1

Direccionamiento estratégico	GER-DE-P03	Plan Operativo Anual De Inversiones (POAI)	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P04	Elaboración Y Adopción De Actos Administrativos	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P01-F01	Plan De Desarrollo Institucional	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P01-F02	Plan De Acción Por Proceso	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P01-F03	Cronograma De Seguimiento Al Plan De Desarrollo	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P02-F01	Mapa Riesgos Corrupción Riesgos	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P03-F01	Planeación De Recursos (POAI)	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-RG01-F01	Encuesta De Rendición De Cuentas	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-P03-F01	Plan Operativo Anual De Inversiones (POAI)	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-M08-F01	Proyectos	1
Direccionamiento estratégico	GER-DE-RG01	Reglamento Interno Audiencia Pública De Rendición De Cuentas A La Ciudadanía	1
Revisoría Fiscal	GER-RF-M01	Manual De Procedimientos De Revisoría Fiscal	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR01	Dispensación Segura De Medicamentos	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR02	Uso Racional Antibióticos	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR03	Prevención De Caídas	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR04	Prevención De Ulceras Por Presión	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR05	Identificación Segura Pacientes	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR06	Lavado De Manos Con Agua Y Jabón	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR07	Protocolo Atención Prioritaria Y Complicaciones De La Gestante Y Rn En El Periodo Prenatal, Atención Del Parto Y Puerperio.	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR08	Protocolo Venopunción	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR09	Protocolo De Sondas	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR10	Protocolo Reanimación Cardio Pulmonar	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR11	Manejo Y Seguridad De Las Tecnologías Existentes	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR12	Administración De Medicamentos	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M01	Manual De Calidad	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M02	Programa De Víctimas De Violencia Sexual	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M03	Programa De Seguridad Del Paciente	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M04	Manual De Uso Y Reusó	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M05	Gases Medicinales	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-G01	Nomograma	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-G02	Listado Maestro De Documentos Y Registros	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-G03	Aplicativo De Indicadores	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-G04	Esquema Rotación Del Reloj- Protocolo De Ulceras Por Presión	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-G05	Guía Técnica De Aislamiento De Pacientes	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-P01	Procedimiento De Adopción De Guías Clínicas	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-P02	Procedimiento De Consentimientos Informados	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-P03	Procedimiento Violencia Sexual	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-P04	Toma De Temperaturas	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M01-F01	Ficha Técnica De Indicadores	1

Seguimiento a la calidad	MCC-SC-M03-F01	Análisis Modo Falla Efecto (AMFE)	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR06-F01	Adherencia Lavado De Manos Con Agua Y Jabón	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR09-F01	Adherencia Protocolo De Sondas Vesicales	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-G07-F01	Adherencia Guía Técnica De Aislamiento De Pacientes	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PR07-F01	Kit De Emergencias Obstétricas	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-P05-F02	Toma De Temperaturas Vacunación	1
Seguimiento a la calidad	MCC-SC-PL01	Política De Calidad	1
auditoria interna del sistema de calidad	MCC-ASC-M01	Auditoria Interna Del Sistema De Calidad	1
sistema único de habilitación	MCC-SGC-SUH-M01	Manual De Identificación De Procesos Para La Habilitación	1
sistema único de habilitación	MCC-SGC-SUH-M01-F01	Fórmate De Cheque De Habilitación Pro Servicio	1
Programa De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud	MCC-SGC-PC-M01	Documento PAMEC	1
Sistema único de información	MCC-SGC-SUI-M01	Programa Sistema Único De Información	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-PR01	Protocolo De Citología	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-PR01-F01	Consentimiento Informado Examen De Frotis De Flujo Vaginal- Citología Vaginal	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-P01	Procedimiento Ingreso Y Egreso De Pacientes	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-P02	Consulta Externa HLP	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-P03	Criterios Explícitos Para Realizar Procedimientos	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-PR02	Protocolo Fomento Lactancia Materna	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-M01	Guías De Atención Consulta Externa	1
Consulta Externa	GEA-SA-CEX-M02	Procedimiento de Sala ERA	1
Odontología	GEA-SA-ODN-PR01	Manejo De Riesgos Y Complicaciones En El Uso De La Anestesia Local	1
Odontología	GEA-SA-ODN-PR02	Protocolo Toma De Rayos X	1
Odontología	GEA-SA-ODN-PR03	Atención Odontológica Paciente VIH	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01	Manual De Procedimientos Técnicos Y Guías De Manejo Odontológico	1
Odontología	GEA-SA-ODN-G01	Guía De Manejo De Radio Protección	1
Odontología	GEA-SA-ODN-G02	Guía De Manejo De Atención Odontológica. Según Morbilidad	1
Odontología	GEA-SA-ODN-G03	Guía De Manejo De Atención Odontologica. Prioritaria	1
Odontología	GEA-SA-ODN-P01	Procedimientos Para La Información Al Paciente Y La Familia Sobre Recomendaciones Y Preparación Pre Procedimiento Y Recomendaciones Post Procedimiento	1
Odontología	GEA-SA-ODN-P02	Indicaciones post exodoncia (Indicaciones Después De La Consulta)	1
Odontología	GEA-SA-ODN-P03	Procedimiento Atención Odontológica General	1
Odontología	GEA-SA-ODN-P04	Procedimiento Atención Odontológica Maternas	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01-F01	Consentimiento Informado Endodoncia	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01-F02	Consentimiento Informado Exodoncia Simple	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01-F03	Consentimiento Informado Higiene Oral	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01-F04	Consentimiento Informado De Operatoria	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01-F05	Consentimiento Anestesia Local	1
Odontología	GEA-SA-ODN-M01-F06	Verificación del uso y reusó de limas y fresas	1

Salud Publica	GEA-SP-M01	Manual De Salud Publica	1
Salud Publica	GEA-SP-M01-F01	Registro De Asistencia Educación A Usuarios	1
Salud Publica	GEA-SP-M01-F02	Acta De Seguimiento	1
Salud Publica	GEA-SP-M01-F03	Plan De Acción Individual	1
Salud Publica	GEA-SP-M01-F04	Cronograma De Actividades	1
Salud Publica	GEA-SP-M01-F05	Informe De Salud Publica	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-M01	Medicamentos De Salud Publica	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-M02	Manejo Del Síndrome Febril Y/O Dengue	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-M03	Registro De Detección De Cáncer Infantil	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-G01	Guía De Manejo De Enfermedades De Salud Publica	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-G02	Guía De Atención De La Lepra	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-G03	Guía De Atención De La Tb Pulmonar Y Extrapulmonar	1
Vigilancia de Salud publica	GEA-VSP-P01	Toma De Bk	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-PR01	Agudeza Visual	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-PR02	Protocolos De VIH	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M01	Promoción De La Salud Y Prevención De La Enfermedad	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M02	Programa Control Prenatal	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M03	Programa Crecimiento Y Desarrollo	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M04	Programa Citología	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M05	Programa Planificación Familiar	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M06	Programa Control Del Joven	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M07	Programa Salud Oral	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M08	Programa Detección Temprana Del Cáncer De Seno	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M09	Programa Atención Al Recién Nacido	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M10	Programa Atención Al Parto	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-PR02-F01	Consentimiento Informado Prueba Presuntiva De VIH	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M01-F01	Registro Demanda Inducida	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-M05-F01	Programa Planificación Familiar	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P01	Atención Citología	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G01	Ruta Atención Citologías Anormales	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G02	Ruta Atención Citologías	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G03	Ruta Atención Posterior Toma De Citologías	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G04	Ruta Atención Citologías VPH	1

Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G05	Ruta Materna	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G06	Ruta Atención Gestante Problemas Emocionales	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G07	Ruta Seguimiento Efectos Adversos Métodos Planificación	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G08	Guía Atención Crecimiento Y Desarrollo	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G09	Guía Atención Enfermería Trastorno Hiperactividad	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G10	Guía Intervenciones Escala Abreviada Desarrollo	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G11	Guía Atención Control Prenatal	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G12	Guía Atención A Sífilis Gestacional	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G13	Guía Atención Recién Nacido Enfermería	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G14	Guía Intervenciones Paciente Pediátrico Alteraciones Cognitivas	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-G15	Guía De Atención A Niños Víctimas De Maltrato	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P01	Procedimiento Atención Agudeza Visual	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P02	Procedimiento Atención Citologías	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P03	Procedimiento Atención VPH, NIC	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P04	Procedimiento Atención Crecimiento Y Desarrollo	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P05	Procedimiento Esterilización Y Desinfección Equipo Diu	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P06	Procedimiento Atención Control Prenatal	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P07	Procedimiento Atención Gestante Con Sífilis	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P08	Procedimiento Atención Gestante Con Toxoplasmosis	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P09	Procedimiento Atención Gestante Con VIH	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P10	Procedimiento Atención Control Joven	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P11	Procedimiento Atención Control Pos Parto	1
Programa de Promoción y Prevención	GEA-PYP-PR-P12	Procedimiento Atención Recién Nacido	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01	Manual De Buenas Prácticas De Vacunación	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F01	Consentimiento Informado 2-4-6 Meses	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F02	Consentimiento Informado 7-12 Meses	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F03	Consentimiento Informado 18 Meses	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F04	Consentimiento Informado 5 Años	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F05	Consentimiento Informado Mujeres 10 - 49 Años	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F06	Consentimiento Informado De Gestantes	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M01-F07	Consentimiento Informado De 60 Años	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M02	Plan De Crisis De Eventos Adversos En Vacunación	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M03	Manual De Supervisión, Seguimiento Y Evaluación Del PAI	1

Vacunación	GEA-PYP-VCN-M04	Manual De Supervisión, Seguimiento Y Evaluación Del PAI-II	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M05	Plan De Contingencia Para Manejo Y Garantía De La Temperatura	1
Vacunación	GEA-PYP-VCN-M06	Plan De Crisis De Eventos Adversos En Vacunación	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-PR01	Protocolos Vigilancia Epidemiológica Ings 2014	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-M01	Manual Consejería Alimentación Pacientes VIH OMS	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-M02	Manual Cuidados Y Nutrición Paciente VIH OMS	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-M03	Manual Estrategias VIH Y Sífilis Congénita	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-M04	Manual Atención Sífilis	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-G01	Guía Manejo VIH Min salud 2007	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-G02	Guía Atención Víctimas De Maltrato	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-G03	Guía Atención Rabia	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-G04	Guía Intervenciones Víctimas De Violencia Sexual	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-G05	Guía Básica Aislamiento Pacientes	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-G06	Guía Intento Suicidio	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-P01	Procedimiento Atención Víctima Violencia Sexual	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-P02	Procedimiento Control De Infecciones	1
Vigilancia epidemiológica	GEA-PYP-VE-M04-F01	Ficha Para Tratamiento De Sífilis	1
Unidad Móvil	GEA-PYP-UM-M01	Manual De Procedimientos Y Procesos De La Unidad Móvil	1
planeación líneas Atención preferencial y transversal	GEA-PYP-PLA-M01	Manual Atención Adulto Mayor	1
planeación líneas Atención preferencial y transversal	GEA-PYP-PLA-M02	Programa Adulto Mayor	1
planeación líneas Atención preferencial y transversal	GEA-PYP-PLA-M03	Manual Curso Psicoprofiláctico	1
planeación líneas Atención preferencial y transversal	GEA-PYP-PLA-M04	Programa LACTANCIA MATERNA	1
Obstetricia	GEA-OB-PR01	Protocolo Atención Prioritaria Y Complicaciones De La Gestante Y Rn En El Periodo Prenatal, Atención Del Parto Y Puerperio.	1
Obstetricia	GEA-OB-PR02	Protocolo De Atención Al Recién Nacido:	1
Obstetricia	GEA-OB-PR03	Protocolo Para Pinzamiento Oportuno Del Cordón.	1
Obstetricia	GEA-OB-PL01	Política Institucionales Para Evitar Barreras Administrativas A Las Gestantes	1
Obstetricia	GEA-OB-PL01	Política Institucionales Idoneidad De Los Profesionales	1
Obstetricia	GEA-OB-P01	Procedimientos Establecidos Para La Remisión A Especialidades, A Vacunación, Pacientes A Tamizaje De Optometría, Audiología Y Terapia Integral	1
Urgencias	GEA-UR-M01	Manual Primeros Auxilios Y Botiquines	1
Urgencias	GEA-UR-M02	Manual De Procedimientos De Enfermería.	1
Urgencias	GEA-UR-M03	Manual De Procedimientos Médicos.	1
Urgencias	GEA-UR-M04	Manejo De Pacientes Con Alteraciones Mentales	1
Urgencias	GEA-UR-M05	Manual Clasificación Triare	1
Urgencias	GEA-UR-M06	Manual De Administración Segura De Medicamentos	1
Urgencias	GEA-UR-M07	Manual Atención Código Azul Pediatría Y Adulto	1
Urgencias	GEA-UR-M08	Manual De Bioseguridad Por Servicios	1
Urgencias	GEA-UR-M09	Manual De Buenas Prácticas De Asepsia Y Antiseptia	1
Urgencias	GEA-UR-M10	Manual De Mecánica Corporal	1
Urgencias	GEA-UR-M11	Manual De Recomendaciones, Complicaciones E Información De Patologías	1

Urgencias	GEA-UR-M12	Manual De Rehusó De Dispositivos Médicos	1
Urgencias	GEA-UR-M13	Manual De Procedimientos Enfermería Otros	1
Urgencias	GEA-UR-M14	Manual De Procedimientos Enfermería Otrosí	1
Urgencias	GEA-UR-M15	Manual De Procedimientos Menores	1
Urgencias	GEA-UR-PR01	Paquete De Practicas Seguras	1
Urgencias	GEA-UR-PR02	Protocolo De Rehidratación Oral	1
Urgencias	GEA-UR-PR03	Protocolo De Manejo Y Dotación Del Carro De Paro	1
Urgencias	GEA-UR-PR04	Protocolo Oxigenoterapia	1
Urgencias	GEA-UR-PR05	Protocolo Correcta Realización De Nebulizaciones	1
Urgencias	GEA-UR-PR06	Protocolo Abordaje Integral Victima Violencia Sexual	1
Urgencias	GEA-UR-PR07	Protocolo Lavado De Manos Con Agua Y Jabón	1
Urgencias	GEA-UR-G01	Entrega Y Recibo De Turno Médico	1
Urgencias	GEA-UR-G02	Atención TRIAGE	1
Urgencias	GEA-UR-G03	Entrega Y Recibo De Turno Enfermería	1
Urgencias	GEA-UR-G04	Guía De Aseo Limpieza Y Mantenimiento De Ambulancia	1
Urgencias	GEA-UR-G05	Clasificación De Pacientes Según Riesgo	1
Urgencias	GEA-UR-G06	Lineamientos De Seguridad Pediátrica	1
Urgencias	GEA-UR-G07	Ruta De Atención De Enfermedad Respiratoria	1
Urgencias	GEA-UR-G08	Arreglo Y Custodia De Cadáver	1
Urgencias	GEA-UR-G09	Criterios TRIAGE	1
Urgencias	GEA-UR-G10	Guías Atención 2003	1
Urgencias	GEA-UR-G11	Lista De Chequeo Del Carro De Paro	1
Urgencias	GEA-UR-G12	Manual De Atención Segura	1
Urgencias	GEA-UR-G13	Ruta Atención Integral Víctimas De Violencia Sexual	1
Urgencias	GEA-UR-G14	Ruta Toma Muestra, Aspirado E Hisopado Nasofaríngeo	1
Urgencias	GEA-UR-P01	Atención De TRIAGE	1
Urgencias	GEA-UR-P02	Cambio De Turno Enfermería	1
Urgencias	GEA-UR-P03	Pasos Para Administrar Medicamentos	1
Urgencias	GEA-UR-P04	Proceso De Violencia Intrafamiliar	1
Urgencias	GEA-UR-P05	Diagnóstico De Muerte Bajo Criterios Neurológicos	1
Urgencias	GEA-UR-P06	Inmovilización Segura	1
Hospitalización	GEA-HS-PR01	Protocolo Gases Medicinales	1
Hospitalización	GEA-HS-PR02	Protocolo De Catéter Periférico	1
Hospitalización	GEA-HS-PR03	Protocolo Consumo Antibióticos Institucionales	1
Hospitalización	GEA-HS-PR04	Protocolo Control Infecciones Asociadas Atención Institucionales	1
Hospitalización	GEA-HS-G01	Lineamientos Sobre El Silencio	1
Hospitalización	GEA-HS-G02	Test Y/O Escalas Valoración De Riesgos	1
Hospitalización	GEA-HS-G03	Control Infecciones	1
Hospitalización	GEA-HS-G04	Rondas Medicas	1
Hospitalización	GEA-HS-G05	Guía De Amigdalitis	1
Hospitalización	GEA-HS-G06	Guía De Angina De Pecho	1
Hospitalización	GEA-HS-G07	Guía De Atención Dengue	1
IAMI	GEA-IA-M01	Somos Amigos De La Mujer Y La Infancia	1

IAMI		GEA-IA-M02	Plan General De Capacitación	1
IAMI		GEA-IA-M03	Manual De Educación IAMI	1
IAMI		GEA-IA-G01	Guía Preparación IAMI	1
Referencia contrarreferencia	y	GEA-RC-G01	Desinfección Dispositivos TAB	1
Referencia contrarreferencia	y	GEA-RC-G02	Guía Manejo Medico Y Enfermería En TAB	1
Referencia contrarreferencia	y	GEA-RC-G03	Referencias De Muestras De Laboratorio Y Citología	1
Referencia contrarreferencia	y	GEA-RC-M01	Manual De Referencia Y Traslado De Pacientes	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-PR01	Protocolo De Fomento A La Lactancia Materna en el HLP	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-M01	Manual De Nutrición	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-M02	Manual De Guías De Atención Por Nutrición	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-M03	Manual De Educación Suplementos	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-M04	Manual Detracción De Leche Materna	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-M05	Manual De Evaluación De Condiciones Higiénicas De Contratista De Alimentos	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-G01	Guía De Atención Nutricional Por Desnutrición	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P01	Servicio De Alimentación	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P02	Manual De Nutrición	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P03	Menú Infantil 6-9 Meses	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P04	Minuta 1	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P05	Minuta Infantil I	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P06	Minuta Infantil	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P07	Menú Infantil De 9 Meses A 2 Años	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P08	Minuta 2	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P09	Minuta 3	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P10	Minuta Hipo grasa 1	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P11	Minuta Hipo grasa 2	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P12	Menús Infantiles De 9 Meses A 2 Años	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P13	Plan Alimentario Bajo En Calorías	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P14	Plan Alimentario Bajo En Grasa	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P15	Plan Alimentario De Madre Gestante De Bajo Peso	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P16	Plan Alimentario De Madre Gestante En Sobrepeso	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P17	Plan Alimentario Niño Escolar	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P18	Plan Alimentario Niño(A) En Edad Preescolar	1
Nutriciones		GEA-AT-NTR-P19	Flujograma Diagnóstico Inicial Malnutrición	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-M01	Manual De Procedimientos Fisioterapia	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-M02	Manual De Procedimiento Terapias Respiratorias	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-M01-F01	Consentimiento Informado Para Termoterapia	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-M01-F02	Consentimiento Informado Para Crioterapia	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-M02-F01	Consentimiento Informado Terapia Respiratoria	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-P01	Procedimiento De Atención	1
Terapia física y respiratoria		GEA-AT-FR-P01-F03	Registro De Asistencia A Terapias	1
Psicología		GEA-AT-PS-M01	Manual De Procedimientos Psicológicos	1
Laboratorio Clínico		GEA-AT-LC-PR01	Protocolo De Limpieza Y Desinfección	1
Laboratorio Clínico		GEA-AT-LC-PR02	Protocolo De Trazabilidad De Muestras	1

Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01	Manual De Toma, Transporte, Conservación Y Remisión De Muestras	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02	Manual Control De Calidad Interno Y Externo	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M03	Manual Uro Análisis	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M04	Manual Copra Análisis	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M05	Manual De Química Clínica	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M06	Manual De Reactivo Vigilancia	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M07	Manual De Inmunología	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M08	Manual De Hematología Clínica	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M09	Manual De Normas De Bioseguridad De Laboratorio Clínico	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M10	Manual De Salud Publica	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M11	Manual De Reusó De Dispositivos Médicos En El Proceso De Laboratorio	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M12	Manual De Gestión Integral De Residuos de Laboratorio	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-P01	Procedimiento De Solicitud De Exámenes de Laboratorio	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F01	Temperatura Ambiente	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F02	Temperatura Equipos	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F03	Nivel De La Nevera Reactivos	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F04	Remisión De Muestras De Laboratorio	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F05	Registro Diario De Coloraciones	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F06	Registro Diario De Reactivo Vigilancia	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F07	Consentimiento Informado Toma De Muestras	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M01-F08	Registro De Transporte De Muestras	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-PR01-F01	Control De Calidad De Lavado De Material De Vidrio	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F01	Registro Diario Control De Calidad Interno Hematología	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F02	Análisis Control De Calidad Interno Hematología	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F03	Registro Diario Control De Interno Química	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F04	Análisis Del Control De Interno Química	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F05	Registro Diario Control De Calidad Interno De Uroanálisis	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F06	Análisis De Resultados Control De Calidad Externo Hematología-INAS	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F07	Análisis De Resultados Control Calidad Externo Químico INAS	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F08	Control De Calidad Diario De Antisuero	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F09	Control Positivo De Calidad Interno De Pruebas Rápidas	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F10	Control Negativo De Calidad Interno De Pruebas Rápidas	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F11	Control De Calidad Leishmaniasis	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F12	Control De Calidad Malaria	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F13	Control De Calidad De GRAM-WRIGHT	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F14	Control De Calidad Coloración ZN	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-M02-F15	Control De Calidad De WRIGHT	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-PR02-F01	Registro Control Diario Rechazo De Muestras	1
Laboratorio Clínico	GEA-AT-LC-PR02-F02	Acta De Descarte De Muestras	1
Radiología	GEA-AT-RX-PR01	Protocolo De Calidad De La Imagen	1
Radiología	GEA-AT-RX-PR02	Sistema Vigilancia Radiológica	1
Radiología	GEA-AT-RX-PR03	Sistema Vigilancia Epidemiológica	1
Radiología	GEA-AT-RX-M01	MANUAL PROCEDIMIENTOS RADIOLOGIA (Radio Protección)	1
Radiología	GEA-AT-RX-P01	Procedimientos Para Radiología E Imágenes Diagnostica	1

Radiología	GEA-AT-RX-P01-F01	Entrega De Imágenes Diagnostica	1
Radiología	GEA-AT-RX-P01-F02	Información Imágenes Diagnostica	1
Ultrasonido	GEA-AT-UL-P01	Procedimiento Ecografías Obstétricas	1
Ultrasonido	GEA-AT-UL-P02	Procedimiento Ecografías Tejido Blando	1
Ultrasonido	GEA-AT-UL-P03	Procedimiento Ecografías Trans Vaginal	1
Ultrasonido	GEA-AT-UL-P04	Procedimiento Ecografías Pélvica	1
Ultrasonido	GEA-AT-UL-P05	Procedimiento Ecografías Abdominal	1
Transporte asistencial	GEA-TA-M01	Manual Traslado De Paciente	1
Transporte asistencial	GEA-TA-M02	Manejo De Urgencias- Ambulancias	1
Transporte asistencial	GEA-TA-M03	Manual De Residas En El transporte Asistencial	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-PR01	Clasificación Riesgo Dm Invima	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01	Manual De Manejo Y Limpieza De Equipos Biomédicos	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M02	Manual Tecno vigilancia	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M03	Manual De Uso Y Reusó Dm	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-G01	Guías Rápidas De Uso De Equipos Biomédicos	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-P01	Mantenimiento Preventivo	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-P02	Mantenimiento Correctivo	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F01	Hoja De Vida De Equipo Biomédico	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F03	Lista De Mantenimiento De MINDRAY® BC 5380 Sistema De Hematología	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F04	Mantenimiento Analizador Cm 250	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F05	Mantenimiento Analizador Orinas H-500	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F06	Mantenimiento Diario Agitador De Muestras	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F07	Mantenimiento Centrifugadoras (1 Y 2)	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F08	Mantenimiento Diario Sysmex Kx 21 N	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F09	Mantenimiento Diario Nevera	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F10	Mantenimiento Diario Microscopios	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F11	Mantenimiento Diario Rotador De Manzi	1
Gestión de Equipos Biomédicos	GAF-EB-M01-F12	Mantenimiento Diario Horno	1
Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-PR01	Manejo Y Seguridad De La Tecnología	1
Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-M01	Manual De Operación Y Mantenimiento De Equipos Tecnológicos	1
Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-P01	Procedimiento Descontaminación Derrames De Sangre	1

Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-P02	Procedimiento Toma Y Registro De TEM	1
Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-M02-F01	Ficha Técnica De Equipos	1
Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-P02-F01	Toma Y Registro De TEM	1
Gestión de la infraestructura física, equipos y mantenimiento	GAF-IE-M02	Manejo Planta Eléctrica	1
Gestión Ambiental	GAF-GA-M01	Manual PGIRHS	1
Gestión Ambiental	GAF-GA-M02	Manual De Procedimientos De Limpieza Y Desinfección	1
Gestión Ambiental	GAF-GA-M03	Manual PIGA	1
Gestión Ambiental	GAF-GA-M01-F01	Formato De RH	1
Gestión Ambiental	GAF-GA-M01-F02	Lista De Chequeo Auditoria Externa Para La Empresa De Recolección De Residuos	1
Gestión Ambiental	GAF-GA-M01-F03	Formato Para Interventorías Externas	1
Seguridad	GAF-SG-M01	Manual De Procedimiento De Seguridad. A La Institución	1
Servicios generales	GAF-SG-PR01	Guía De Clasificación De Residuos	1
Esterilización	GAF-ES-M01	Manual De Esterilización	1
Esterilización	GAF-ES-M02	Manual De Rehusó De Dispositivos Médicos	1
Esterilización	GAF-ES-M01	Instrumental ESTERILIZACION	1
Esterilización	GAF-ES-M01	Formato De Uso Y Reusó De DM	1
lavandería	GAF-LA-M01	Protocolo Manejo Ropa Hospitalaria	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M01	Manual De Talento Humano	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02	Manual Plan Institucional De Capacitaciones	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M03	Manual De Inducción Y Reinducción Del Th	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M04	Manual Funciones Y Competencias	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M05	Programa Educativo Usuarios	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M06	Programa Educativo Personal	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P01	SELECCIÓN Y Vinculación Del Personal	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P02	Proveimiento De Inducción Y Reinducción	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P03	Capacidad Instalada	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P04	Inducción Estudiantes	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P05	Seguimiento A Estudiantes	1
Gestión talento humano	GTH-TH-PR01	Evaluar Convenios	1
Gestión talento humano	GTH-TH-PR02	Evaluación Desempeño	1
Gestión talento humano	GTH-TH-PR03	Asignación Cupos Docencia Servicio Y Otros	1
Gestión talento humano	GTH-TH-PR04	Evaluación Convenios Docencia Servicio Factores	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M01-F06	Formato De Permisos	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M01-F07	Formato Actualización Historia Laboral	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M01-F08	Solicitud De Cambio De Turno	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P02-F01	Ruta De Inducción Y Reinducción	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F01	Encuesta De Necesidad	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F02	Cronograma De Inducción	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F03	Cronograma De Reinducción	1

Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F04	Formato Plan De Capacitaciones	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F05	Indicadores Para Evaluar La Gestión Del PICBS	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F06	Evaluación De Impacto Capacitación	1
Gestión talento humano	GTH-TH-M02-F07	Evaluación De Capacitaciones (Facilitador)	1
Gestión talento humano	GTH-TH-P01-F01	Entrevista Psicológica	1
Contratación	GTH-CT-M01	Manual Contratación	1
Contratación	GTH-CT-M01-F01	Estudios Previos (En Donde Se Incluye Estudio De Necesidad)	1
Contratación	GTH-CT-M01-F02	Lista De Chequeo Documental Para Contratación Contratista	1
Contratación	GTH-CT-M01-F03	Lista De Chequeo Documental Para Contratación Empresas	1
Contratación	GTH-CT-M01-F04	Solicitud De Disponibilidad	1
Contratación	GTH-CT-M01-F05	Aviso Veeduría	1
Contratación	GTH-CT-M01-F06	Contrato	1
Contratación	GTH-CT-M01-F07	Acta De Inicio	1
Contratación	GTH-CT-M01-F08	Informe De Actividades	1
Contratación	GTH-CT-M01-F09	Informe De Supervisión	1
Contratación	GTH-CT-M01-F10	Acta De Liquidación	1
Contratación	GTH-CT-M01-F11	Relación Actividad Y Recursos	1
Contratación	GTH-CT-M01-F12	Validación Títulos	1
Contratación	GTH-CT-RG01	Estatuto Contractual	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M01	Manual Seguridad Y Salud En El Trabajo	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M02	Plan De Emergencias	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M03	Matriz Legal	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M04	Matriz De Riesgos	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M05	Manual De Bioseguridad	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M06	Plan De Contingencia En Caso De Lluvias	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-G01	Cronograma De Actividades En Seguridad Y Salud En El Trabajo	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-G02	Profesiograma	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-G03	Encuesta De Condiciones De Salud	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-G04	Perfil Sociodemográfico	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-G05	Análisis De Vulnerabilidad	1

Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-P01	Procedimiento Para El Reporte E Investigación De Los Incidentes Y Accidentes Laborales.	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-P01-F01	Formato De Investigación De Incidentes Y Accidentes Laborales.	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M01-F01	Formato Lista De Chequeo Y Evaluación Puesto De Trabajo	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M01-F02	Formato Inspección De Extintores	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M01-F03	Formato Inspección Sustancias Químicas	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M01-F04	Formato Inspección De Botiquines	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-M02-F01	Lista De Chequeo Personal	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-PL01	Seguridad Y Salud En El Trabajo	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-PL02	Prevención De Consumo De Tabaco	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-PL03	Alcohol Y Drogas	1
Sistema de Gestión Seguridad y salud en el trabajo.	GTH-SST-RG01	Reglamento De La ESE Sobre La Seguridad Y Salud En El Trabajo	1
Control interno Disciplinario	GTH-CID-P01	Procedimiento Del Control Interno Disciplinarios	1
Facturación	FIN-FC-M01	Manual De Procesos Y Procedimientos Facturación	1
Contabilidad	FIN-CN-M01	Manual De Procesos Y Procedimientos Contabilidad	1
Tesorería	FIN-TS-M01	Manual De Procesos Y Procedimientos Tesorería	1
presupuesto	FIN-PR-M01	Manual De Procesos Y Procedimientos Presupuesto	1
Cartera	FIN-CR-M01	Manual De Procesos Y Procedimientos Cartera	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M01	Manual De Procedimientos Del Departamento De Almacén Y Suministros	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M02	Manual De Adquisiciones	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M03	Manual De Bajas	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P01	Procedimiento De Selección, Identificación Y Evaluación De Proveedor	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P02	Solicitud De Pedidos A Almacén	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P01-F01	Selección De Proveedores	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P01-F02	Identificación De Los Proveedores	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P01-F03	Evaluación De Proveedores	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P02-F01	Formato De Solicitud De Pedido Almacén	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P02-F02	Descripción De La Necesidad Del Servicio, Bien O Insumo	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P02-F03	Solicitud De Disponibilidad Presupuestal	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P02-F04	Solicitud De Pedido A Proveedores	1
Almacén y suministros	FIN-AS-P02-F05	Recepción De Pedidos Realizados	1

Almacén y suministros	FIN-AS-R01-F02	Solicitud De Traslado Activos Fijos	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M01-F01	Ficha Técnica De Equipos	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M01-F02	Orden De Salida	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M01-F03	Control Ordenes De Salida	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M01-F04	Listado De Proveedores	1
Almacén y suministros	FIN-AS-M02-F01	Evaluación Financiera	1
Auditoría de cuentas médicas	FIN-ACM-M01	Procedimiento Auditoria De Cuentas Medicas	1
comunicaciones	TIC-CM-PR01	Identificación Y Respuesta De Las Necesidades De Información	1
comunicaciones	TIC-CM-M01	Manual Comunicaciones Y Correspondencia	1
comunicaciones	TIC-CM-M02	Manual Implementación Gobierno En Línea	1
comunicaciones	TIC-CM-G01	Matriz Comunicación	1
comunicaciones	TIC-CM-P01	Comunicación Interna	1
comunicaciones	TIC-CM-P02	Comunicación Externa	1
comunicaciones	TIC-CM-P01-F01	Comunicación Interna	1
comunicaciones	TIC-CM-P01-F02	Circulares	1
comunicaciones	TIC-CM-P01-F03	Recibido Circular	1
comunicaciones	TIC-CM-P02-F01	Comunicación Externa	1
comunicaciones	TIC-CM-P02-F02	Recibido Y Entrega Comunicación Externa (Contingencia)	1
comunicaciones	TIC-GD-M01-F01	Actas	1
comunicaciones	TIC-GD-M01-F02	Certificaciones	1
comunicaciones	TIC-GD-M01-F03	Entrega Interna De Información (Contingencia)	1
comunicaciones	TIC-GD-M01-F04	Listado De Asistencia A Eventos	1
sistemas y estadísticas	TIC-SE-PR01	Matriz De Informes	1
Gestión Documentales	TIC-GD-PR01	Manejo Asuntos Documentales	1
Gestión Documentales	TIC-GD-PR02	Tablas De Retención Documental	1
Gestión Documentales	TIC-GD-M01	Plan De Gestión Documental	1
Gestión Documentales	TIC-GD-M02	Estructura De La Documentación	1
Gestión Documentales	TIC-GD-M03	Manual Manejo Y Diligenciamiento De Historias Clínicas	1
Gestión Documentales	TIC-GD-M04	Manual De Procedimientos De Archivos	1
Gestión Documentales	TIC-GD-P01	Procedimiento Para Elaboración, Revisión, Actualización Y Aprobación Documental	1
Gestión Documentales	TIC-GD-P02	Procedimiento De Solicitud De HC	1
Gestión Documentales	TIC-GD-P01-F01	Listado Control De Cambios	1
Gestión Documentales	TIC-GD-P02-F01	Solicitud De Historias Clínicas	1
Gestión Documentales	TIC-GD-P02-F02	Solicitud De Historias Clínicas -Menores	1
Gestión Documentales	TIC-GD-P02-F03	Solicitud De Historias Clínicas -Terceros	1
SIAU	TIC-SU-M01	Manual Atención Al Usuario	1
SIAU	TIC-SU-M02	Modelo Estatutos Alianza De Usuarios	1
SIAU	TIC-SU-M03	Informe SIAU	1
SIAU	TIC-SU-G01	Atenciones Previas A Exámenes De Rayos X	1
SIAU	TIC-SU-G02	Atenciones Previas A Exámenes De Laboratorio Clínico	1
SIAU	TIC-SU-P01	Encuesta De Satisfacción (Web Y Física)	1
SIAU	TIC-SU-P02	Procedimiento ALIANZA USUARIOS	1
SIAU	TIC-SU-P03	Procedimiento Con Enfoque Diferencial	1
SIAU	TIC-SU-P04	Procedimiento De Custodia De Pertenencias De Los Pacientes	1

SIAU	TIC-SU-P01-F01	ENCUESTA SATISFACCION (Web Y Física Una Sola)	1
SIAU	TIC-SU-M01-F01	Solicitud De Traslado De Historia Clínica	1
SIAU	TIC-SU-P02-F01	Información Y Orientación Al Usuario	1
SIAU	TIC-SU-P02-F02	Relación Alianza Usuarios	1
SIAU	TIC-SU-P02-F03	Actividades Diarias De SIAU	1
SIAU	TIC-SU-P02-F01	Formato PQRSD	1
SIAU	TIC-SU-P02-F02	Acta De Apertura De Buzón	1
SIAU	TIC-SU-P02-F03	Seguimiento PQRS (RELACION QUEJAS Y RECLAMOS)	1
Farmacia	GMD-FR-M01	Manual Procedimientos Farmacia	1
Farmacia	GMD-FR-M02	Manual De Farmacovigilancia	1
Farmacia	GMD-FR-PR01	Protocolo De Carro De Paro	1
Farmacia	GMD-FR-PR02	Indicadores De Gestión De Suministros	1
Farmacia	GMD-FR-PR03	Semaforización De Riesgos De Fármacos, Reactivos, Dispositivos Médicos	1
Farmacia	GMD-FR-PR04	Clasificación Riesgo Medicamentos	1
Farmacia	GMD-FR-PR01-F01	Acta De Apertura De Carro De Paro	1
Farmacia	GMD-FR-PR01-F02	Medicamentos Carro De Paro Urgencias	1
Farmacia	GMD-FR-PR01-F03	Medicamentos Carro De Paro Hospitalización	1
Farmacia	GMD-FR-PR01-F04	Dispositivos Médicos Carro De Paro Urgencias	1
Farmacia	GMD-FR-PR01-F05	Dispositivos Médicos Carro De Paro Hospitalización	1
Farmacia	GMD-FR-M01-F01	Registro De Medicamentos	1
Farmacia	GMD-FR-M01-F02	Registro De Dispositivos Médicos	1
Farmacia	GMD-FR-M01-F03	Registro De Temperatura	1
Defensa Jurídica	JUR-DJ-P01	Conciliaciones Judiciales Y Extrajudiciales	1
Defensa Jurídica	JUR-DJ-P02	Atención Demandas Administrativas Y Ordinaria	1
Defensa Jurídica	JUR-DJ-P03	Contestación Acciones De Tutela	1
Defensa Jurídica	JUR-DJ-P04	Asesoría Y Emisión De Conceptos	1
Defensa Jurídica	JUR-DJ-P05	Atención A Derechos De Petición	1
Auditoria interna	CIG-AI-P01	Auditorías internas de gestión	1
Auditoria interna	CIG-AI-P02	Evaluación del sistema de control interno	1
Auditoria interna	CIG-AI-P03	Evaluación de planes de acción por procesos	1
Auditoria interna	CIG-AI-P04	Informe de austeridad en el gasto	1
Auditoria interna	CIG-AI-P05	Informe de control interno contable	1
Auditoria interna	CIG-AI-P06	Informe ejecutivo anual de control interno	1
Auditoria interna	CIG-AI-P07	Informe de intermedio contable	1
Evaluación independiente	CIG-EI-P01	Manual De Procesos De Evaluación Independiente	1

Se diseño y desarrollo un Listado maestro de documentos ESE Hospital de los Patios el cual se encuentra en el anexo número 7.

Se identificaron, se actualizaron y desarrollaron los documentos obligatorios de la norma NTCGP 1000 versión 2009 realizados en el proyecto de grado con autorización para su publicación los cuales se encuentran en el anexo 8.

9.4.3 Manual de calidad de la ESE Hospital de los Patios

El manual de calidad es un documento que contiene de forma explícita, ordenada y sistemática toda información perteneciente a la normatividad y el alcance de la misma de una empresa u organización. En este caso, en el presente manual se presentará toda la información pertinente a la norma técnica colombiana (NTC GP 1000) del año 2009 de la ESE Hospital de Los Patios para garantizar la calidad en los diferentes procesos de la organización.

En este manual se presentarán las actividades necesarias a poner en práctica y los procedimientos que se deben seguir para cumplir con la implementación del Sistema integrado de Gestión de la Calidad en cada uno de los procesos que se requiera a partir de la política de calidad, la trazabilidad de los objetivos, definición de los alcances de la misma, caracterización de los procesos y demás requerimientos que se deban seguir para garantizar la calidad del servicio prestado por cada proceso.

Este documento es de gran importancia para la ESE Hospital de Los Patios, ya que, al contener toda la información sobre el Sistema de Gestión de la Calidad, sirve como fuente de información, guía y material de apoyo para cada uno de los funcionarios del hospital, para que esté al alcance de todos y puedan recurrir a él ante cualquier eventualidad y puedan dar solución a la misma basándose en la norma de calidad.

El alcance del sistema de gestión de calidad cubre todas las actividades que se realizan en los procesos definidos en la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS



Se diseño y realizo el Manual de calidad de la ESE Hospital de los Patios para el sistema de gestión de calidad el cual se encuentra en el anexo 9.

9.4.4 Caracterizaciones de procesos del sistema de gestión de calidad

Para el sistema de gestión de calidad para cada caracterización por proceso se identificó el objetivo y alcance de esta, requisitos de la NTCGP 1000 versión 2009 y la de ISO 9001 versión 2015, que requisitos normativos y legales aplican, se identificó los diferentes proveedores internos y externos, las diferentes entradas del proceso, sus respectivas actividades y salidas de la acción identificada, los diferentes recursos necesarios para realizarlas, tipos de indicadores y los documentos generados basado todo en el ciclo PHVA.

Se realizó una caracterización con cada líder por proceso del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios, donde se encuentran plasmadas en el manual de calidad de la institución, a continuación, en la tabla 49 se mostrará un modelo de caracterización del proceso direccionamiento estratégico del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios.



Tabla 50 Modelo de caracterización del proceso direccionamiento estratégico del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios

 HOSPITAL DE LOS PATIOS NIT.807004 ESE Hospital local de los patios								CARACTERIZACION DE PROCESOS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS								 Hospital amigable...	
Macroproceso	Gestión Gerencial		Proceso		- Direccionamiento o estratégico		Subproceso		N.A.								
Responsable	Gerente		Alcance		Inicia en el establecimiento de parámetros de ejecución, Planeación estratégica, verificación en la ejecución y acciones de mejora para todos los niveles de la institución												
Objetivo	Determinar los lineamientos y parámetros pertinentes para cada proceso dentro de la organización con el fin de establecer la planeación estratégica para la ejecución de cada una de las actividades, evaluar el desempeño de cada macro proceso para mejorar la eficiencia y calidad del servicio y garantizar el funcionamiento efectivo e integral de la ESE Hospital de Los Patios.																
Requisitos Legales y Normativos			Requisitos por cumplir de NTCGP 1000				Requisitos por cumplir ISO 9001. 2015										
MCC-SC-G01 Normograma			5. Responsabilidad de la dirección 5.1 compromiso de la dirección 5.2 enfoque al cliente 5.3 política de la calidad 5.4 planificación 5.5 responsabilidad, autoridad y comunicación 5.6 revisión por la dirección				4 contexto de la organización 4.1 Comprensión de la organización 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos 5 liderazgo 5.1 Liderazgo y compromiso 5.1.1 Generalidades 5.1.2 Enfoque al cliente 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización 6 Planificación 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades										
Proveedores			Entradas	Ciclo	Actividades	Salidas	Clientes										
Externos	Internos						Externos	Internas									

<ul style="list-style-type: none"> - Entes de control - Entidades del orden Nacional y Departamental competentes - Comunidad Actores del desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los macro procesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio sobre Contexto Estratégico de la Entidad - Problemas, Necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas en el proceso - Normatividad legal aplicable al Ente Territorial - Programa de gobierno. Planes de desarrollo nacional y Departamental - Documentación Aplicable al proceso - Estadísticas e indicadores. Estudios territoriales, sectoriales y/o poblacionales. Información Municipal 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de la planeación estratégica y directrices a seguir - Analizar el contexto estratégico de la entidad, de la población identificando oportunidades y riesgos potenciales. - Identificar las necesidades y expectativas de las partes interesadas en el proceso, al igual de la comunidad y del territorio frente a la misión y competencias del ente territorial - Planeación y recolección de insumos necesarios para la formulación del plan estratégico o plan de gestión - Planificación del control de estrategias - Planificar la revisión por la dirección del 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextos ejecución planes de gestión ejecución planes operativos liderazgo y cumplimiento de indicadores de gestión de procesos - estudios previos - Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas en el proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Entes de control • Entidades del orden Nacional y Departamental competentes • Comunidad Actores del desarrollo. 	<p>Todos los procesos</p>
---	--	---	---	---	---	---	---------------------------

				sistema integrado de gestión			
<ul style="list-style-type: none"> - Entes de control - Entidades del orden Nacional y Departamental competentes - Comunidad Actores del desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los macro procesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Información, Normatividad y Directrices para la Gestión de los procesos - Planeación estratégica - Planes operativos - Planes de gestión - Directrices generales - Propuestas programáticas articulada a la metodología del gobierno nacional, departamental y municipal - Necesidades de personal - Necesidades de recursos financieros - Necesidad de insumos - Proyecciones y metas para el nuevo año - Plan de acción - Necesidades de infraestructura 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Definición y Estructuración técnica y conceptual de las Políticas, Planes, Programas y Proyectos - Socialización del direccionamiento y lineamiento estratégico - Establecer el plan estratégico - Establecer política, directrices, metodologías e instrumentos para la administración - Establecer la plataforma estratégica de la institución - Definir los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos para la ejecución de los planes programas y proyectos - Definir cronograma y actividades para la formulación y 	<ul style="list-style-type: none"> - Planes de acción - Mapa de riesgos - Personal competente para la ejecución de planes estratégicos - Política, Directrices, metodologías, procedimientos y matrices para gestión por procesos - Informe de seguimiento del sistema integrado de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Entes de control • Entidades del orden Nacional y Departamental competentes • Comunidad Actores del desarrollo. 	Todos los procesos

				<p>ejecución de los Planes, Programas y Proyectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer las directrices necesarias para la protección de los bienes y datos de propiedad del cliente solicitados o recibidos para la prestación de los servicios a cargo de la Entidad - Elaborar mapas de Riesgos Por procesos, de corrupción e institucionales. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Entes de control - Entidades del orden Nacional y Departamental competentes - Comunidades del 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los macro procesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Metas y objetivos del plan estratégico - Informes de ejecución de los procesos del SIGI y de revisión de las entradas de la Revisión por la Dirección - Mapas de Riesgos de procesos y de Corrupción Política y Procedimiento 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución y monitoreo a la ejecución y aplicación de Políticas, Planes, Programa y Proyectos. - Trazabilidad de la planeación estratégica - Asegurarse que se promueven la directrices, políticas, objetivos y metas definidas por la institución 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados de seguimiento y control de planes de control - Seguimiento o a la ejecución de Políticas, Planes, Programa y Proyectos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entes de control • Entidades del orden Nacional y Departamental competentes • Comunidad Actores del desarrollo. 	Todos los procesos

desarrollo.		<ul style="list-style-type: none"> para la gestión de los riesgos - Informes de auditorías y el seguimiento a los puntos de control de los procesos 		<ul style="list-style-type: none"> - Revisión por la Dirección - Analizar y actualizar los riesgos del proceso - Analizar y actualizar los puntos de control 			
<ul style="list-style-type: none"> - Entes de control - Entidades del orden Nacional y Departamental competentes - Comunidad Actores del desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los macro procesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planes de mejora - Planes estratégicos - Oportunidades de mejoramiento del análisis de Seguimiento y evaluación a la ejecución del proceso e Indicadores 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de hallazgos de Auditorías Internas y Externas - Ejecución de los planes de mejora - Actualización de los mapas de Riesgos con las acciones preventivas detectadas - Actualización o ajuste de políticas, objetivos, programas y planes. - Aplicación de acciones para el mejoramiento del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en: Plan de Desarrollo, Plataforma Estratégica, Planta de Cargos, normatividad aplicable a la entidad, normas Técnicas de calidad implementadas. - Cumplimiento de los objetivos - Información Documentada Actualizada y Controlada - Acciones de mejoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Entes de control • Entidades del orden Nacional y Departamental competentes • Comunidad Actores del desarrollo 	Todos los procesos

- Recursos Necesarios	- Indicadores	- Documentos Generados
<ul style="list-style-type: none"> - Talento humano - Líder de calidad - Presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores planes acción, seguimiento al plan de desarrollo institucional 	<ul style="list-style-type: none"> - Normatividad - Manuales - Instructivos - Documentos específicos <ul style="list-style-type: none"> - Formatos - Protocolos - Guías - Políticas - Objetivos - Planes de mejora y acción <ul style="list-style-type: none"> - Plan de gestión - Actos administrativos

Las caracterizaciones del sistema de gestión de calidad de la E.S.E Hospital de los Patios se desarrollaron por procesos de la institución y donde se encuentran plasmadas en el Manual de calidad de la ESE Hospital de los Patios el cual se encuentra en el anexo 9.

9.4.5 Manual de funciones de la ESE Hospital de los Patios

El manual describe la organización formal, mencionado, para cada puesto de trabajo, los objetivos del mismo, funciones, autoridad y responsabilidades.

Puede conceptuarse al Manual como un cuerpo sistemático que indica las funciones y actividades a ser cumplidas por los miembros de la Organización y la forma en que las mismas deberán ser realizadas ya sea, conjunta o separadamente.

Específicamente, el Manual de Organización, es la versión detallada de la descripción de los objetivos, funciones, autoridad y responsabilidad de los distintos puestos de trabajo que componen la estructura de la Organización.

El propósito fundamental de este manual es el de instruir a los miembros que la componen sobre los distintos aspectos antes mencionados, procurando minimizar el desconocimiento de las obligaciones de cada uno, la duplicación o superposición de funciones, lentitud y complicación innecesarias en las tramitaciones, mala o deficiente atención al público, desconocimiento de los procedimientos administrativos, entre otros.

Todo ello debe hacerse poniendo especial énfasis en respetar el objetivo de la administración tributaria, cual es lograr el cumplimiento voluntario de la obligación fiscal por parte de los contribuyentes y/o responsables.

Es indudable que el cumplimiento voluntario total de esa obligación es una meta ideal y como tal no será realizada en la práctica, lo que no la debilita en absoluto como meta u objetivo a

alcanzar, simplemente ello se traduce en la exigencia de estructurar un sistema de administración que conduzca a tal objetivo.

Para lograrlo la administración debe ser eficiente y eficaz, condicionando la conducta del contribuyente al cumplimiento espontáneo, cabal y oportuno de su obligación.

9.4.6 Matriz de responsabilidades

La matriz se encuentra estipulada en el manual de funciones de la ESE Hospital de los Patios



10. Entrega del proyecto de grado titulado “Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la ese hospital local de los patios-norte de Santander basados en la NTCGP 1000 versión 2009” del sistema de gestión de calidad

Se realizó la entrega documental del proyecto titulado “Propuesta documental del sistema de gestión de calidad en la E.S.E Hospital local de los patios-norte de Santander basados en la NCTGP 1000 versión 2009” a la Doctora Sandra Yomara Giraldo – Gerente de la E.S.E Hospital de los Patios y al Doctor Gustavo García Torres – Asesor administrativo gerencia.

Se espera que mediante una resolución se realice al acto administrativo de adopción del sistema de gestión de calidad.

Para los documentos de la parte documental del sistema de gestión de calidad realizados durante el proyecto se entregaron a la alta dirección mediante unas cartas de soporte las cuales se encuentran en el anexo 10.

11. Conclusiones

- A partir de los diagnósticos se pudo evidenciar que la documentación que tenía La E.S.E. Hospital local de los Patios en cuanto al sistema de calidad, no cumplía en su mayoría con los requisitos exigidos por la norma técnica colombiana (NTCGP 1000). Lo anterior se determinó al encontrar duplicidad de documentos, incoherencias o documentos que solo contaban con el encabezado, entre otros factores que eran causantes de no conformidades.
- Con base en los hallazgos que resultaron de los diagnósticos, se elaboró la planificación correspondiente en la que se determinaron las actividades de tipo documental a realizar, de igual forma se establecieron los responsables y los recursos necesarios para el desarrollo de cada una de las mismas en las fechas fijadas, y de esa manera poder llevar a cabo la propuesta documental del Sistema de gestión de la calidad.
- A partir del cumplimiento de las actividades de tipo documental que se desarrollaron, se pudo actualizar información, realizar ajustes o complementar documentos que ya existían tales como formatos, procedimientos, protocolos, guías, entre otros. También se elaboraron documentos nuevos con la misma funcionalidad de los mencionados anteriormente para poder dar cumplimiento a los requerimientos de la norma de la gestión pública y la del sector salud vigente.
- Una vez elaborados los documentos pertinentes para dar cumplimiento a los requisitos de la norma de calidad, se hizo su entrega a la alta dirección para su aprobación, socialización con el resto del personal e implementación

12. Recomendaciones

- Se recomienda a la E.S.E. Hospital Local de Los Patios dar seguimiento a la propuesta documental para poder cumplir con lo exigido por la norma y poder trabajar en la eficiencia de los diferentes procesos y subprocesos con los que cuenta la institución.
- Es importante fomentar en el personal una cultura enfocada hacia la calidad, a partir de diferentes técnicas como charlas, reuniones, sensibilizaciones, entre otros., que permita el conocimiento de la importancia y empoderamiento de la misma.
- Realizar revisiones continuas para poder garantizar que se esté dando cumplimiento a la documentación propuesta para los diferentes procesos y así asegurarse para que no se presenten no conformidades dentro del sistema. La revisión también es importante para poder mantener la información actualizada.
- Realizar sensibilizaciones para vincular e integrar al personal enfocándolos en el sistema integrados de gestión y de esa manera garantizar unos resultados más eficaces y eficientes que puedan verse reflejados en la satisfacción de los clientes

13. Referencias bibliográficas

- Departamento administrativo de la función pública (2009) “norma técnica de la calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2009”
- Mónica Estrada Salazar y Paola Vargas Estévez (2004) “diseño y estructura del sistema de gestión de la calidad basado en la norma iso 9001:2000 para una institución prestadora de servicio de salud IPS”
- Maribel Roció pinto y Liz Eliana silva (2004) “diseño y propuesta de un sistema de gestión de calidad en el servicio de urgencias del hospital san juan de dios de Floridablanca”
- Elizabeth Rodríguez Taylor (2012) “mejores experiencias de gestión de la administración pública colombiana” Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICA República de Colombia
https://www.funcionpublica.gov.co/busqueda?q=beneficios+ntcgp1000&search.x=0&search.y=0&site=FuncionPublica_Portal&client=FuncionPublica&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=FuncionPublica&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&entqrm=0&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&filter=0&getfields=*
- Circulo – tec. en línea con tu desarrollo “el ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar ftp://sata.ruv.itesm.mx/portalesTE/Portales/Proyectos/2631_BienvenidaCyP/QP161.pdf
- Inga. Mariela Torres e Inga. Karim Paz (2012) “metodología de recolección de datos para una investigación” Facultad de Ingeniería - Universidad Rafael Landívar http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100103/100103_2014_2/art_metodos_de_recoleccion_de_datos.pdf



- Carlos Ramón Vidal Tovar (2013) “Lección 28. Técnicas e Instrumentos para la recolección de Datos” UNAD universidad abierta y a distancia escuela de ciencias básicas tecnología e ingeniería programa de ingeniera de alimentos
http://datateca.unad.edu.co/contenidos/211621/PROY-GRADO EN LINEA/leccin_28_tcnicas_e_instrumentos_para_la_recoleccin_de_datos.html
- Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, publicación Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, publicación Diario Oficial 45418 de enero 2 de 2004
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>
- Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, publicación Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, publicación Diario Oficial 47.538 de noviembre 19 de 2009
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37853>
- Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, publicación Diario Oficial 46804 de noviembre 06 de 2007
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27565>
- E.S.E. HOSPITAL DE LOS PATIOS <http://esehospitaldelospatios.gov.co/web/>



- Oficina asesora de planeación y estudios sectoriales(2015) “plan estratégico sectorial 2014-2018 Sector Administrativo de Salud y Protección Social” ministerio de salud y protección social
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>
- Carlos Alfonso Kerguelen Botero (2008) “calidad en salud en Colombia principios” Ministerio de la Protección Social - MPS
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Organización mundial de la salud OMS , seguridad del paciente “Pacientes en Defensa de su Seguridad” – Información general”
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/
- Constitución Política 1 de 1991 Asamblea Nacional Constituyente
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=4125>



14. Anexos

- ✓ **Anexo informe ejecutivo número 1 – fase de diagnóstico inicial**
- ✓ **Anexo informe ejecutivo número 2 – Organigrama con el mapa de procesos**
- ✓ **Anexo informe ejecutivo número 3 – Documentos del ESE Hospital local de los Patios**
- ✓ **Anexo informe ejecutivo número 4 – Sondeo de avances en el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad**
- ✓ **Anexo informe ejecutivo número 5 – Revisión de la documentación del ESE Hospital**
- ✓ **Anexo número 6 - Cronograma de actividades para el diseño y documentación de la norma técnica de calidad de la gestión pública NCTGP 1000 versión 2009 en ese hospital local de los patios**
- ✓ **Anexo número 7 – Listado maestro de documentos ESE Hospital de los Patios**
- ✓ **Anexo número 8 – Documentos obligatorios de la norma NTCGP 1000 versión 2009**
- ✓ **Anexo número 9 - Manual de calidad de la ESE Hospital de los Patios.**
- ✓ **Anexos número 10 – Documentos de entrega de la parte documental del sistema de gestión de calidad**

