



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS E.S.E. CAMILO VILLAZON PUMAREJO PUEBLO BELLO—CESAR	CÓDIGO	PR- AU- PC1- 03
	VERSION	03

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS



INTRODUCCION

Los procesos y procedimientos de gestión, conforman la estructura del Sistema Integral de Garantía de la Calidad; por lo cual, deben ser plasmados en manuales prácticos que sirvan como mecanismo de consulta permanente, por parte de todos los trabajadores de la ESE, permitiéndoles un mayor desarrollo en la búsqueda del Autocontrol.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha preparado el presente Manual de Procesos y Procedimientos, en el cual se define la gestión sistemática que agrupa las principales actividades y tareas dentro de la ESE Hospital Camilo Villazón Pumarejo, teniendo como propósito fundamental servir de soporte para el desarrollo de las acciones, que en forma cotidiana la entidad debe realizar, a fin de cumplir con cada competencia particular asignadas por mando constitucional o legal, con la misión fijada y lograr la visión trazada.

La gerencia de la E.S.E HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO ,ha venido adelantando un esfuerzo institucional para la construcción participativa del Manual de procesos y procedimientos Administrativos, respondiendo a la necesidades de mejoramiento continuo y garantía de calidad en la que se busca “conciliar una organización basada en principios de mejoramiento continuo” Es así como hemos avanzado en el proceso de concertación y trabajo en equipo lo que ha permitido sentar las bases para la construcción de las herramientas de gestión y control necesarias para la entidad.

En su momento, la expedición del decreto 1011 de 2006 y las resoluciones 3100 de 2019, y demás normas complementarias plantearon a la E.S.E HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO DEL MUNICIPIO DE PUEBLO BELLO-CESAR, la necesidad de realizar una revisión exhaustiva de sus procesos con el fin de actualizar su soporte documental y hacerlo compatible con las exigencias normativas en materia de habilitación de prestación de servicios de salud.

Con la expedición del decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias, por los cuales se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención del sistema general de seguridad social en salud, se presentó nuevamente la necesidad de realizar una revisión exhaustiva de los procesos y procedimientos para documentarlos, con el fin de cumplir con los requerimientos de las normas y permitir una gestión más efectiva en pro del bienestar de los usuarios de los servicios de salud que ofrece la E.S.E a la comunidad

El área de auditoría y los diferentes profesionales y técnicos de las diferentes áreas del hospital, procedieron a revisar el macro proceso misional con sus respectivos



procesos, subprocesos y procedimientos, con el ánimo de estandarizarlos y ponerlos al servicio de los clientes internos y externos.

Hemos realizado un ejercicio participativo, con el personal asistencial y administrativo, resultado del cual se presenta el Manual de Procesos y Procedimientos.

Este manual de procesos y procedimientos será el elemento de control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la E.S.E convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de las formas como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los servidores públicos

Para contribuir a su completa adopción, la ESE se compromete a:

- Garantizar que en el proceso de inducción todo el personal asistencial que ingresa a la institución, se brinde entrenamiento sobre los contenidos del presente manual.
- Asegurar la disponibilidad del manual en las áreas administrativas y asistenciales, de manera que se pueda consultar oportunamente para aclarar las posibles dudas del personal.
- Promover e incentivar su aplicación de manera permanente.



1. MARCO LEGAL

- Constitución política de Colombia de 1991.
- Ley 87 de 1993 por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno, art 4: elementos para el sistema de control interno.
- Ley 100 del 1993, por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1876 de agosto 3 de 1994 por el cual se reglamentan los artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 con relación a las empresas sociales del estado.
- Ley 190 de 1995, por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.
- Ley 489 de 1998 por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de la entidad de orden nacional (...) y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2145 de 1999 por la cual se dictan normas sobre el sistema Nacional de control interno, artículo 12 planeación.
- Decreto 1599 de 2005 por la cual se adoptan el modelo estándar de control interno MECI1000:2005.
- Decreto 1011 de 2006, por medio del cual se establece el sistema de garantía de la calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.



2. GENERALIDADES DE LA E.S.E IDENTIFICACION Y NATURALEZA

La ley 100 de 1993, por la cual se creó el sistema de seguridad social y se dictaron otras disposiciones, definió en su artículo 94 la naturaleza de las empresas sociales del estado y señaló : le prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada por la ley o por las asamblea o concejos , según el caso, sometidos al régimen previsto en este capítulo.

De igual manera, el decreto 1876 de agosto 3 de 1994, en su artículo 1°, al referirse sobre la naturaleza jurídica de estas Empresas Señala. “Las Empresa Sociales del Estado Constituye una categoría Especial de Entidad Pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creada o reorganizadas por la ley, o por las asambleas o concejos.

En consecuencia, la E.S.E. CAMILO VILLAZON PUMAREJO, es una entidad de derecho público del orden Municipal creada como Empresa Social del Estado por el concejo municipal de Pueblo Bello-Cesar, mediante el acuerdo N°.022 de 1999, posteriormente se constituye como empresa social del estado el 27 de agosto de 1999, es decir se convierte en una entidad prestadora de servicio de salud dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera.

El objetivo de la Empresa, será la prestación del servicio de Salud, entendido como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del sistema de seguridad social e salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantaran acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Son objetivos de la E.S.E Camilo Villazón Pumarejo de Pueblo Bello-Cesar:

- a) Contribuir al desarrollo Social del País mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.
- b) Producir Servicios de Salud Eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que expida para tal propósito.
- c) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la empresa, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles, puedan ofrecer.
- d) Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa.



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

NIT 824 002 672 - 8

- e) Ofrecer a las empresas promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- f) Satisfacer los requerimientos del entorno adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- g) Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecida por la ley y reglamentos.
- h) Prestar servicios de Salud que satisfagan de manera Óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- i) Satisfacer las necesidades esenciales y secundarias de salud de la población usuaria a través de las acciones gremiales, organizaciones, técnico-científicas, técnico administrativa.
- j) Desarrollar la estructura y capacidad operativa de empresas mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de sus recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.



3. ESTRUCTURA BASICA

La Empresa se organizará a partir de una estructura básica regulado en el artículo 5 del decreto 1876 de 1994, que incluya 3 áreas así:

- a) Dirección : Estará conformada por la junta directiva y el gerente ; con el cargo de mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y objetivos empresariales e identificar la necesidad y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender , definir la estrategia del servicio, asignar recursos , adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la empresa.
- b) Atención al usuario: Estará conformada por el conjunto de unidades orgánico- funcionales encargada de todo el proceso de producción y prestación del servicio de salud, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de las políticas institucionales de atención el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del Servicio.
- c) De logística: Esta área comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación adquisición manejo, utilización, Optimización y Control de los planes emprendidos por la E.S.E.
- d) Recursos Humanos y Físicos y de información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la empresa y realizar el mantenimiento de la plancha física y de su dotación.



4. OBJETIVO GENERAL

Brindar un elemento de consulta de los servicios que presta la Empresa Social del Estado, que le permita a las instituciones y comunidad general realizar la elección de la institución para su utilización, encontrando en ella elementos de calidad, eficiencia y eficacia en las actividades de fomento de la salud, promoción, prevención tratamiento y rehabilitación, de acuerdo al plan Obligatorio de salud.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir los servicios que ofrece esta empresa y localización de sus unidades prestadoras de servicios.
- Tener un elemento de negociación frente al Departamento, Municipios y las diferentes Empresas Promotoras, Aseguradoras y Administradoras de salud que requieran los servicios del Hospital.
- Mostrar las estrategias que han sido las fortalezas de la institución para la prestación de los servicios: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Fortalecer la gestión para brindar servicios de Calidad de acuerdo a lo estipulado por la normatividad vigente.
- Contar con instrumentos de evaluación de la calidad de prestación de servicios y de satisfacción del cliente.
- Contar con un instrumento que le permita medir el grado de satisfacción de los usuarios



6. OBJETIVOS CORPORATIVOS

- 1.) Aumentar la cobertura de servicios de salud para las personas, priorizando nuestra atención a los grupos humanos más vulnerables y protegiendo el medio ambiente.
- 2.) Disminuir la mortalidad y la morbilidad de todos los grupos étnicos, haciendo énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud.
- 3.) Adecuar nuestra infraestructura administrativa, financiera y tecnológica, de acuerdo a las capacidades de la institución.
- 4.) Propender por el desarrollo continuo y permanente de nuestra empresa, especialmente del recurso humano.
- 5.) Ofrecer nuestros servicios de Salud a los grupos de personas que los necesiten, buscando así consolidarnos firmemente en el mercado a través del principio de la sana competencia.
- 6.) Ofrecer a los usuarios y comunidad en general, un paquete de servicios básicos en salud, tendientes a forjar medios y condiciones que permitan a los individuos ejercer un mayor control sobre los procesos de salud, así como la modificación de aspectos que deterioren su bienestar psicosocial contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida.



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

7. MISION

Ofrecer a la población del municipio de Pueblo Bello / Cesar y sus zonas de influencia atención en salud integral y humanizada con calidad, centrados en el bienestar del individuo, familia y comunidad aplicando los principios de Continuidad, Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad y Seguridad para construir salud.

8. VISION

Ser una empresa social del estado líder a nivel regional que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad con elevados estándares de calidad, enfocada en la seguridad del paciente, con responsabilidad social, contando con una excelente infraestructura, alta tecnología y un talento humano idóneo caracterizado por el respeto a la dignidad del individuo, el trato humanizado y la transparencia de sus acciones.



9. PRINCIPIOS Y VALORES.

TRABAJAR CON RESPONSABILIDAD POR SU SALUD

- **Respeto:** Entendido como la Actitud de reconocimiento a la dignidad Humana de usuarios, su familia, su comunidad, su cultura, así como la de los compañeros de trabajo. Considera al otro como una persona Autónoma y única, dentro de un marco de derechos y deberes comunes a una sociedad.
- **Calidad:** Tenemos la convicción de asumir la calidad en forma permanente para que este Principio fundamental rija la prestación de nuestro servicio, haciendo del Hospital una institución segura, Confiable y Competente.
- **Responsabilidad Social:** Como una empresa Social del estado trabajamos con eficiencia en el manejo de los recursos con el fin de obtener un crecimiento económico que garantice la supervivencia de la organización y el mejoramiento de los servicios a la comunidad, asumiendo la responsabilidad social, con la cual estamos comprometidos.
- **Humanismo:** Buscamos que todas nuestras acciones trasciendan hacia la construcción de una institución donde el trato para el otro esté basado en el reconocimiento de su condición humana.
- **Ciencia Con Conciencia:** Entendemos la ciencia como una herramienta más al servicio del hombre para el Mejoramiento en su calidad de vida y no como un fin en sí mismo. Una adecuada información Científica Acompañada de Respeto a la libre determinación y a la dignidad humana fundamentando nuestra ética profesional.
- **Compromisos:** Trabajar integralmente con el usuario agregando valor al servicio más allá de sus funciones si así se requiere.
- **Autorrealización Dentro Del Quehacer Diario:** Trabajamos comprometiendo todos nuestros esfuerzos, el crecimiento personal e institucional.
- **Ser Mejores Cada Día:** Buscamos que todas nuestras actividades se enfoquen hacia la consolidación de un equipo de trabajo cada vez más eficiente, manteniendo un ambiente armonioso esforzándose diariamente por mejorar y crecer.
- **Autogestión:** Estamos convencidos que la libertad, la iniciativa y la gestión, ejercidas en forma autónoma y responsable, desarrollan refuerzan e incentivan la creatividad el mejoramiento y la realización personal del trabajador, estableciéndose una cultura institucional del autocontrol.

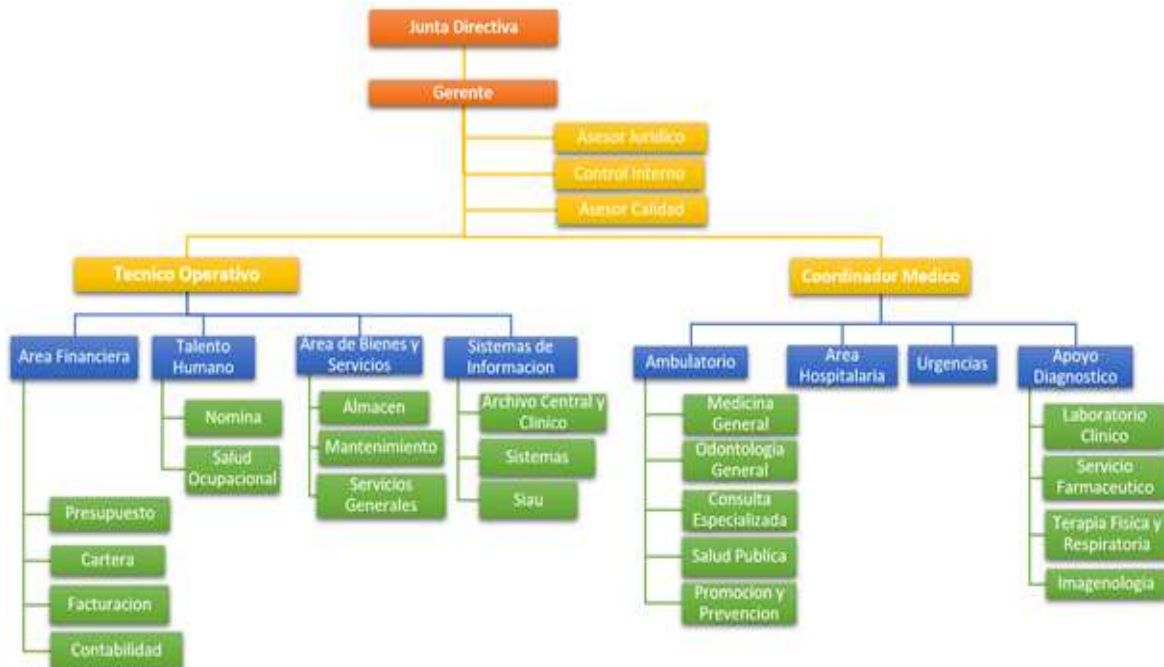


10. VALORES CORPORATIVOS

- **Compromisos:** Asumir el trabajo asignado como propio demostrando dedicación permanente al mismo. Provocando mantener altos niveles de excelencia en todo lo que se hace.
- **Trabajo en equipo:** Comportamiento proactivo que implica responsabilidad y compromiso sobre metas y facilitar la efectividad del equipo de trabajo, compartiendo y contribuyendo a los objetivos.
- **Liderazgo:** Capacidad de interpretar, representar, agrupar y dirigir los intereses de una mayoría canalizándolos para un fin común. Usar métodos y comportamientos que reflejen capacidad para tomar decisiones y comunicarlas.

Facilidad por coordinar actividades, con un estilo interpersonal apropiado para inspirar y guiar a los demás hacia el logro de objetivos adaptándose en incluyendo sobre los valores, recursos y sistemas de la organización en pro de las metas individuales y de equipo.

11. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL





12. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La formulación estratégica de la ESE, se inicia con un análisis del contexto internacional, nacional y local analizando las variables de globalización, Tecnológico, Económicos, Políticos, Sociales y Geográficos y Demográficos, seguido de la elaboración de un análisis interno donde se tuvieron en cuenta factores como historicidad, cultura organizacional, pertenencia del personal, desarrollo de aprendizajes capacidad de aprender, creatividad, cultura de calidad, reactividad, complejidad, interdependencia, capacidad directiva, producción de servicios de salud (indicadores), cumplimiento de las metas del plan de desarrollo, capacidad tecnológica, capacidad talento humano, capacidad competitiva, lealtad y satisfacción del usuario, capacidad financiera, factores de riesgo e infraestructura.

A partir del análisis estratégico la empresa define unas líneas de acción, las cuales se traducen en los objetivos estratégicos institucionales, que orientan los planes, programas y proyectos institucionales de la vigencia y guía las acciones de los procesos y el que hacer organizacional, garantizando que cada uno de los funcionarios a partir de su desempeño individual y grupal aporten al cumplimiento de las metas empresariales.

La plataforma estratégica de la ESE comprende:

a. Identificación de los requisitos de los clientes

TIPO DE CLIENTE	REQUISITOS
EAPB	<p>Con respecto a la atención de sus afiliados:</p> <ul style="list-style-type: none">-Buen trato-Pertinencia-Oportunidad-Seguridad-Calidad-Satisfacción <p>Con respecto a los servicios contratados.</p> <ul style="list-style-type: none">-Cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la historia clínica.-Oportunidad en la entrega de facturación-Reportar oportuno de novedades-Cumplir con las metas estipuladas en promoción y prevención.-Permitir las auditorias de segunda parte y realizar los planes de mejoramiento.
	-Oportunidad.



Usuarios de la E.S.E	<ul style="list-style-type: none">-Puntualidad-Buen trato-Pertinencia-Información adecuada y oportuna-Tramite oportuno de manifestaciones.-Seguridad-Comodidad-Privacidad-Priorización de usuarios especiales
Cliente interno	<ul style="list-style-type: none">-Buen trato-Puntualidad-Comunicación oportuna y adecuada entre las diferentes dependencias y con los usuarios-Responsabilidad de todos los colaboradores-Oportunidad y confiabilidad en la información-Diligenciamiento adecuado de registros-Oportunidad en la entrega de nómina-Gestión de clima organizacional-Dotación de elementos de protección personal para el desempeño seguro de las actividades-Formación y entrenamiento-Políticas definidas-Eficacia en el plan de incentivos-Eficacia en el plan de bienestar social
Proveedores	<ul style="list-style-type: none">-Relaciones de confianza y mutuo beneficio-Oportunidad en el pago-Retroalimentación de acciones de mejora-Transparencia en las negociaciones contractuales-Oportunidad de respuesta-Capacitación
Otras IPS	<ul style="list-style-type: none">-Alianzas estratégicas para continuidad de la atención de los pacientes-Compartir experiencias exitosas para aportar al mejoramiento del sector-Respuesta oportuna-Pertinencia-Comunicación asertiva-Cumplir con requisitos legales de referencia y contrarreferencia



b. Valores

- Sentido de Pertenencia.
- Respeto
- Amabilidad
- Honestidad
- Responsabilidad
- Solidaridad.

c. Principios

- Equidad
- Responsabilidad Social
- Trabajo En Equipo
- Mejoramiento Continuo E Innovación
- Atención Centrada En El Ser Humano





j. Enfoque Basado En Procesos

La organización para asegurar la implementación y mejora continua de la eficiencia y eficacia de su Sistema Integral de Gestión de la Calidad y la satisfacción de los clientes, ha adoptado el enfoque basado en procesos propuesto por las Normas: MECI1000:2005 y SOGC Decreto 1011 de 2006, soportado en el modelo del ciclo PHVA. Para ello:

- Identificó los procesos necesarios para la operación y su aplicación a través de la organización.
- Determinó la secuencia e interacción entre ellos
- Identificó requisitos del cliente, legales y reglamentarios aplicables a cada proceso
- Estableció métodos de control necesarios para asegurarse de la eficacia de la operación y control de los procesos
- Identificó recursos necesarios para la operación y el seguimiento de los procesos
- Estableció indicadores que permitan realizar seguimiento, medición y análisis del desempeño de los procesos y el Sistema de gestión de la calidad
- Definió actividades a implementar para garantizar el seguimiento de la satisfacción de los clientes

El enfoque basado en procesos adoptado por la organización asegurando que todos los procesos se interrelacionen como un sistema y que operen en dirección al cumplimiento de los objetivos institucionales, lo cual a su vez genera confianza en la capacidad de sus procesos y la calidad de los servicios y proporciona una base para la mejora continua y el aumento permanente de la satisfacción de los clientes.



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

I. Caracterización de procesos

CARACTERIZACIÓN PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	
<p>Líder: Gerente</p> <p>Objetivo: Orientar la organización hacia el desarrollo empresarial, mediante la planificación estratégica, con base en requerimientos legales y del cliente, en procura del cumplimiento de metas establecidas, el incremento de la calidad de los servicios misionales de la empresa y el Cumplimiento de las expectativas de los clientes.</p> <p>Alcance: Direccionamiento y gerencia, Planeación estratégica, Gestión de proyectos, Contratación estratégica</p> <p>Producto/Servicio: Políticas, directrices, planes de Desarrollo y POA, proyectos, contratos de prestación de servicios de salud, acuerdos, compromisos y protocolos éticos</p>	
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos
	<ul style="list-style-type: none">- Decreto 1011 SOGC- Resolución 5095 de 2018. Grupo de estándares de Direccionamiento y Grupo de estándares de Gerencia- MECI 1000-2005- elementos acuerdos, compromisos y protocolos éticos, Estilo de la Dirección, Planes y programas, Modelo de Operación por procesos, Estructura organizacional, Políticas de operación.
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional
	Clientes: Relacionados en el manual y en las caracterizaciones



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

NIT 824 002 672 - 8

PROVEEDORES		ACTIVIDADES	CLIENTES	REQUISITOS
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB Asesores	P	Definición del plan estratégico del proceso Elaboración de diagnóstico estratégico para plan de desarrollo institucional Definir planes anuales de inversión Direccionar la elaboración de POAS institucionales Garantizar la identificación de requisitos legales, del cliente, de la norma y reglamentarios, aplicables a los procesos Definir políticas organizacionales y operacionales Realizar la contratación de la prestación de servicios con las diferentes EAPB Definición de protocolos éticos Definición de entradas para la revisión por la Dirección	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB Proveedores de insumos, equipos servicios Junta Directiva Alianza o asociación de usuarios.	Que se den a conocer las Políticas organizacionales y operacionales - Que se establezcan planes de cumplimiento para normativa aplicable a los procesos - Que se concerté los requisitos contractuales se Comuniquen oportunamente al as partes interesadas - Que se conozcan los requisitos del cliente y se oriente el desempeño organizacional a la satisfacción de sus expectativas y necesidades - Que se haga de manera sistemática la revisión gerencial de los procesos y se comuniquen los resultados a las partes interesadas



	H	<p>Elaborar plan de desarrollo estratégico, acuerdos de gestión y planes anuales de inversión</p> <p>Actualizar periódicamente la plataforma estratégica, organizacional y jurídica de la ESE, incluyendo ajustes en la política de calidad y los objetivos de calidad.</p> <p>Aprobar el Presupuesto de ingresos y gastos de la ESE.</p> <p>Coordinar la ejecución de los programas, estrategias, actividades y proyectos del Plan de Desarrollo, a través de los Planes operativos anuales.</p> <p>Realizar actividades que propicien el empoderamiento de la plataforma estratégica, jurídica y organizacional de la ESE, incluyendo la política, los objetivos de calidad, el código de buen gobierno y el código de ética de la ESE.</p> <p>Socialización de los contratos con las EAPB.</p> <p>Socialización de informes de gestión</p> <p>Ejecución de revisión por la Dirección</p> <p>Estudios de mercadeo</p>		
--	---	---	--	--



	V	<p>Seguimiento a ejecución de planes, programas y proyectos institucionales</p> <p>Seguimiento a contratación con las EAPB</p> <p>Verificación de cumplimiento de requisitos legales, del cliente, reglamentarios y de la Norma</p> <p>Verificación de cumplimiento de políticas y protocolos éticos de la ESE</p> <p>Seguimiento a indicadores del proceso. Seguimiento al empoderamiento por parte del cliente interno y externo de la plataforma</p> <p>estratégica, jurídica y organizacional de la ESE, incluyendo la política, los objetivos de calidad, el código de buen gobierno y el código de ética de la ESE.</p> <p>Socialización de los contratos con las EAPB. Seguimiento a planes de mercadeo</p> <p>Seguimiento a planes de acción y mejora originados de la revisión por la Dirección</p>		
		<p>Toma de decisiones de ajuste o mejora con respecto a:</p> <p>Plataforma estratégica de la ESE</p> <p>Protocolos éticos</p>		



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

	A	Planes, programas y proyectos institucionales Ejecución presupuestal Acciones de impacto para garantizar empoderamiento del cliente interno y externo con respecto a la plataforma estratégica y los compromisos y políticas institucionales Ajuste a planes de mercadeo Replanteamiento de plataforma estratégica y metas institucionales a partir de la revisión por la Dirección		
--	---	---	--	--



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

R E C U R S O S	Humanos: Gerente, Junta Directiva, Representante de la Dirección, Líderes de procesos, comités institucionales, asesor jurídico	
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de comunicación telefónico, celular e internet	
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, disposición de residuos, Ergonomía, clima organizacional	
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Seguimiento a la planeación institucional Seguimiento a los proyectos institucionales Seguimiento semestral a los acuerdos de gestión Rondas de liderazgo Patrullaje de sedes integradas en red Patrullajes de seguridad Revisión gerencial Calificación de gestión	Indicadores: Remítase al Plan estratégico y al modulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: Los planes, programas y proyectos de la ESE se encuentran publicados en la intranet y la página Web. Los contratos que se realizan con las aseguradoras se guardan en el archivo de central de la ESE, en la carpeta de cada EAPB por orden de fecha. El seguimiento a los planes, programas y proyectos de la ESE se relacionan en las actas del comité técnico científico de la institución.		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

NIT 824 002 672 - 8

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO

Líder: Representante de la Dirección y jefe de control interno

Objetivo: Evaluar la capacidad de los procesos para dar cumplimiento de los requisitos del Cliente, legales, de la Norma y de la organización, detectando permanentemente las oportunidades de mejora continua de la Institución.

Alcance: Auditorías Internas, Gestión del riesgo, atención a las personas, revisión gerencial, mejoramiento continuo, referencia comparativa

Producto/Servicio: Informes de auditorías, planes de mejoramiento. acciones correctivas, preventivas y de mejora, gestión de riesgos y eventos adversos, PAMEC, autoevaluaciones de los sistemas: Sistema Único De Habilitación Resolución 1441 de 2013 Y Sistema Único De Acreditación Resolución 123 de 2012 y MECI 1000:2005

Entes de control y certificadores Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	P	Definición del plan de mejora organizacional Definición de plan de mejora por proceso Estandarizar proceso de medición, análisis y mejora Identificar necesidades mediciones a aplicar en cada proceso Programar y planear auditorías internas Definición de la guía de tratamiento del producto no conforme Identificación de riesgos o eventos adversos, que pueden afectar la operación de procesos o prestación de los servicios Identificación de no conformidades reales que pueden afectar la operación de procesos o prestación de los servicios	Entes de control y certificadores Usuarios y sus familias Clientes Internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
	H	Seguimiento al desempeño del proceso y del SIGC Análisis de situaciones que puedan afectar el desempeño de los procesos o del SIGC Ejecución de auditorías internas de calidad y elaboración de informes de auditorias Definición de acciones preventivas Definición de acciones correctivas Definición de planes de mejora	



NIT 824 002 672 - 8

	V Seguimiento a eficacia y efectividad de planes de acción y planes de mejora Seguimiento a eficacia y efectividad de acciones correctivas, preventivas y de mejora Seguimiento a pertinencia de auditores Seguimiento a pertinencia de auditorias	
	A Definición de planes de mejora con respecto al desempeño de los procesos y del SIGC Definición de planes de mejora con respecto a modificación en los requisitos legales, reglamentarios, del cliente y de la Norma Revisión gerencial	
Recursos	Humanos: Representante de la dirección, jefe de control interno, comité auditor, Comité de calidad y Control interno y Auditores internos	
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de comunicación telefónico, celular e internet	
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional	
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al Plan estratégico y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: La gestión de no conformidades y el seguimiento a la eficacia de acciones correctivas, preventivas y de mejora, se consolidan en medio magnético como anexo a las actas de comité de calidad. El seguimiento a las auditorías internas y externas se relaciona en el plan de mejoramiento de calidad de la ESE. La evaluación a la pertinencia de las auditorias y los auditores, también se encuentran anexas a las actas del comité de auditorias.		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		
<p>Líder: Líder de gestión humana, subdirección administrativa y subdirección científica</p> <p>Objetivo: Proveer de personal competente a las diferentes áreas y mejorar continuamente la competencia y el desarrollo del talento humano de la empresa, a través de un programa de capacitación y estímulos con proyección de valores que revierta en la prestación del servicio</p> <p>Alcance: Planeación del talento humano, Definición de perfiles y competencias, Selección, Vinculación, Inducción y entrenamiento, Formación y capacitación, Gestión del clima laboral, Liquidación y pago de prestaciones sociales y nómina, Liquidación de nómina por convenios, Tramite de situaciones administrativas, Evaluación de desempeño, Desvinculación, Bienestar social e incentivos, Docencia servicio y Preparación para el retiro</p> <p>Producto/Servicio: Personal capacitado, competente, motivado y con sentido de pertenencia por la institución. Administración del personal de docencia servicio de acuerdo a las normas aplicables</p>		
REQUISITOS	Norma: MECI 1000:2005 Decreto 1011 de 2006. Sistema Único De Habilitación Resolución 3100 de 2019 Y Sistema Único De Acreditación Resolución 5095 de 2018	
	Legales: Remitirse al organigrama institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Usuarios y sus familias	P Planeación del talento humano Análisis de cargas laborales Planeación de personal de docencia servicio de acuerdo a la capacidad instalada de la ESE y los requerimientos normativos Definición de perfiles y competencias Selección de personal de acuerdo a la estructura organizacional y los requerimientos de recurso humano para dar cumplimiento a los contratos con las EAPB Definición de requisitos de las hojas de vida de los funcionarios vinculados	Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Usuarios y sus familias



NIT 824 002 672 - 8

		Identificación de necesidades de formación y elaboración de plan de capacitaciones Estandarización de los procesos inducción, reinducción y entrenamiento Planeación del programa de inducción y re inducción Planeación del programa de formación y entrenamiento Planeación del programa de certificación de competencias Concertación de objetivos de desempeño Elaboración de cuadros de turno de los funcionarios de acuerdo a la demanda de los servicios Planeación de bienestar laboral e incentivos Programa de salud ocupacional Programación del retiro	
	H	Socialización de perfiles y competencias con el personal de la ESE Inducción general y específica Formación y entrenamiento Selección y Vinculación de personal Certificación de competencias Implementación del plan de bienestar laboral e incentivos. Pago de nómina Consolidación y análisis de horas laboradas del personal Afilación de empleados de la ESE al régimen prestaciones Pago de nómina por prestación de servicios	
	V	Verificación de requerimientos de las hojas de vida del personal vinculado Seguimiento a la eficacia y efectividad del plan de capacitaciones Seguimiento plan de formación, inducción, reinducción, entrenamiento, Certificación de competencias, bienestar laboral e incentivos. Evaluación de desempeño parciales y definitivas y seguimiento al desempeño del personal de contrato Seguimiento a indicadores del proceso	



	A	Ajustes a perfiles y competencias de acuerdo a modificaciones en la Normatividad aplicable Definición de planes de mejora individual, en concertación con los funcionarios Definición de planes acción y de mejora al desempeño del proceso	
Recursos	Humanos: Gerente, subdirector administrativo, subdirector científico, técnicas administrativas de apoyo al proceso, Asesor legal, jefes de áreas, Comité de convivencia, Comisión de personal y COPASST		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de comunicación telefónico, celular e internet		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional,		
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al Plan estratégico y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad	
Trazabilidad: La documentación correspondiente a los procesos de selección de personal se consolida en el archivo de gestión del área de talento humano Las historias laborales activas e inactivas de los funcionarios se centralizan en el archivo de gestión del área de talento humano. Dichas historias se encuentran rotuladas con los nombres completos del funcionario, documento de identidad, y tipología foliados al interior de la carpeta y se archivan en orden cronológico. Dentro del archivo se ubican alfabéticamente según apellido. Los soportes de las capacitaciones internas se anexan a la carpeta del plan de capacitación de la respectiva vigencia y se guarda en el archivo de gestión del área de talento humano. Los soportes de las capacitaciones externas y de los procesos de inducción, reinducción y entrenamiento se legajan en la historia laboral de cada funcionario, al igual que los soportes de las evaluaciones de desempeño y los planes de mejora individual. Los soportes de nómina se legajan con los soportes de ingresos y egresos y se les da una colilla de pago a cada funcionario.			
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros	



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN FINANCIERA

<p>Líder: subdirección administrativa Objetivo: Administrar con calidad y transparencia los recursos financieros de la Institución mediante el control de entradas y salidas a través de los diferentes sistemas, bajo los principios presupuestales y fiscales vigentes, para la toma de decisiones y garantizar la permanencia de la institución. Alcance: Presupuesto, Contabilidad, facturación, costos, tesorería, cartera, auditoría de cuentas médicas. Producto/Servicio: Informes financieros, Presupuesto, Recaudo de recursos financieros, Facturación de Servicios, control de clientes y proveedores deudores, control del recurso financiero, reflejar los márgenes de rentabilidad</p>		
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005	
	Legales: Remitirse al organigrama institucional	
	Clientes: Remitirse a la guía de requisitos del cliente	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Usuarios y sus familias	P Elaboración de plan estratégico de proceso Elaboración de presupuesto de acuerdo a la planeación estratégica de la Concertación de objetivos de desempeño Elaboración de cuadros de turno de los funcionarios de acuerdo a la demanda de los servicios Planeación de bienestar laboral e incentivos Programa de salud ocupacional Identificación de requisitos contractuales y ajustes al software financiero de acuerdo a las variaciones Identificación de cartera Identificación de recaudos Identificación y priorización de cuentas por pagar Identificación de centros de costos	Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Usuarios y sus familias



	H	Ejecución presupuestal Análisis contables y generación de informes financieros Facturación de servicios de acuerdo a lo pautado en los contratos con las EAPB y envío de cuentas Recaudo de recursos financieros Control de cuentas por pagar Control de cuentas por cobrar y cartera	
	V	Seguimiento a la ejecución presupuestal Seguimiento contable a la gestión financiera de la organización Seguimiento a la facturación y gestión de glosas Seguimiento a márgenes de contratación Seguimiento indicadores del proceso Seguimiento a costos	
	A	Ajustes a la ejecución presupuestal Respuesta y gestión de glosas Definición de ajustes de impacto a márgenes de contratación negativos Definición de políticas de impacto a los costos operacionales de la ESE Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso	
Recursos		Humanos: Gerente, Técnico Administrativo, Contador, auxiliar contable, coordinador de facturación, auxiliares administrativos y auditor de cuentas médicas, jefe de control interno	
		Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de comunicación telefónico, celular e internet, acceso al software empresarial	
		Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional, medicina laboral	



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al Plan estratégico y al modulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: Los soportes de facturación de las diferentes EAPB se guardan por legajos en orden cronológico, discriminado por aseguradora y desagregada por atenciones de promoción y prevención y otras atenciones. Estos legajos permanecen por un año en el archivo de gestión de estas dependencias, ubicado en el archivo central de la ESE. Posterior a este tiempo pasan al archivo central por un periodo de 4 años. Los informes financieros se legajan por orden cronológico. Posterior a un año se realiza transferencia al archivo central donde permanece Años más y después de su vigencia se realiza selección al zar. Los soportes de gestión presupuestal permanecen en el archivo de gestión por 5 años y posteriormente pasan al archivo central y después de 5 años se transfiere al archivo histórico de la ESE		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

<p>Líder: Ingeniero de sistemas Objetivo: Coordinar con calidad el conjunto de actividades administrativas y técnicas, relacionadas con los recursos de información y comunicación, de tal forma que se garantice oportunidad y veracidad en la información de la organización y la divulgación efectiva de la comunicación informativa y organizacional de tal forma que contribuyan al sostenimiento, difusión y mejora continua del sistema integradle gestión de la calidad de la ESE Alcance: Gestión de información, gestión documental y gestión de registros clínicos Producto/Servicio: Información física y magnética, plan de información primaria y secundaria, tablas de retención documental, Tablas de valoración documental, control de documentos, registros clínicos, informes, indicadores</p>		
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005	
	Legales: Remitirse al organigrama institucional	
	Cientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios	P Identificación de necesidades de información primaria y secundaria, de acuerdo a requerimientos del cliente, legales, reglamentarios y de la Norma Elaboración del plan de información – caracterizar la información Priorizar información Estandarización de informes Estandarización del control documental Estandarización del control de registros clínicos físicos y magnéticos Definición del Plan estratégico de la Institución Estandarización de Tablas de retención documental (TRD) Estandarización de listados maestros de documentos y registros	Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios



NIT 824 002 672 - 8

		Entrenamiento de funcionarios para acceso, generación y control de información	
	H	Implementación y control del plan de información primario y secundario Administración listados maestros de documentos y registros Administración del gestor documental Administración de las tablas de retención documental y tablas de valoración documental Transferencias documentales Administración de los registros clínicos físicos y electrónicos Elaboración de informes Elaboración de mapas de georreferenciación	
	V	Seguimiento a eficacia del plan de información Análisis de la información Seguimiento al control de documentos y registros Seguimiento a las tablas de retención y valoración documental Auditoria al diligenciamiento técnico de los registros clínicos Auditoria al diligenciamiento del consentimiento informado Seguimiento a procesos	
	A	Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora a partir de los resultados de seguimiento Ajustes al plan de información Actualización de listados maestros de documentos y registros Actualización del tablas de retención y valoración documental	
Recursos	Humanos: Ingeniero de sistemas, auxiliar administrativa del archivo administrativo, comité de archivo administrativo, comité de historias clínicas		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas para archivo de documentación de acuerdo a requerimientos legales y condiciones que cumplan con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, medios de comunicación		



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

	internet para recepción, búsqueda o consulta y envío de información), software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office planta física	
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional, control de temperatura y humedad, dotación para almacenamiento de archivos en condiciones de	
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: La información generada en los diferentes procesos se conserva en los archivos de gestión de cada uno de las dependencias y en archivos magnéticos de los computadores de cada área. Los inventarios documentales que se realizan cuando se hacen transferencias primarias quedan en el archivo del centro de administración documental y al mismo tiempo se alimenta una base de datos, para facilita la recuperación de la documentación física. Las copias de seguridad del software empresarial y de los registros magnéticos se archiva por orden cronológico en el archivo de gestión destinado para ello y se guardan copias por fuera de la institución El archivo clínico es responsable de la administración y conservación de la historia clínica física y magnética, donde está consignado todo el historial clínico de los usuarios. Con respecto a las historias clínicas físicas cada usuario tiene una historia única, la cual está identificada con el número de historia del usuario, documento de identidad y nombre completo y se conservan en el archivo en un lugar determinado de acuerdo al consecutivo del historial, que facilita su recuperación. La historia del software está identificada con número de identidad, el consecutivo de la historia clínica física y el nombre completo del usuario. El archivo clínico garantiza la conservación de las historias físicas, de la siguiente manera: Restricción de ingreso a personal autorizado y control de ingresos y egresos de historias del área Adecuación del archivo para impedir la destrucción por uso o por desuso de las historias clínicas físicas Control en la disposición de las historias por archivos (central, de gestión e histórico) de acuerdo con las directrices emanadas del archivo general de la nación. En caso de ser necesaria la recuperación de alguna información contenida dentro de las historias clínicas físicas, el archivo clínico garantiza tal recuperación en forma eficaz y oportuna mediante : Localización del historial físico dentro del archivo de gestión por un sistema consecutivo binario de fácil aplicación Recuperación de las historias clínicas del archivo central e histórico mediante el mismo sistema. Con respecto a la historia clínica del software, la recuperación de la información se hace por medio del documento de identidad del usuario o sus apellidos. La preservación de la información se garantiza con la elaboración diaria de copias de seguridad.		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros	



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN DE AMBIENTE Y RECURSOS FÍSICOS

Líder: Líder de gestión de ambiente físico		
Objetivo: Gestionar la adquisición de bienes, suministros y servicios de tal forma que se pueda propiciar el óptimo funcionamiento de las diferentes áreas de la institución. Así mismo garantizar un adecuado ambiente de trabajo y la disponibilidad y el adecuado funcionamiento de los bienes, instalaciones físicas y demás infraestructura de la ESE de tal manera que ésta pueda contribuir a una eficiente prestación de los servicios de salud y por tanto al cumplimiento de las características de calidad y seguridad a los usuarios.		
Alcance: Gestión de infraestructura, Gestión de compras, Gestión de proveedores, Gestión metrológica, gestión de ambiente de trabajo y seguridad del paciente, Gestión de Activos fijos		
Producto/Servicio: Infraestructura, equipos, servicios de apoyo y suministros, necesarios para la adecuada prestación del servicio. Condiciones ambientales que garantizan la conformidad de los productos/servicios.		
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005	
	Legales: Remitirse al organigrama institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Proveedores de Proveedores de bienes y servicios	P Elaboración del plan estratégico del proceso Identificación de necesidades de ambiente físico Identificación de necesidades de adquisición de bienes y servicios acorde a la planeación Institucional y a los requerimientos legales. Elaboración de plan de compras Selección de proveedores	Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de Bienes



NIT 824 002 672 - 8

		<p>Planear las actividades relacionadas con el ambiente de trabajo necesarias para garantizar la seguridad en la operación de los procesos</p> <p>Estandarización de planes de contingencia</p> <p>Elaboración del programa de salud ocupacional</p> <p>Elaboración de plan de emergencias</p> <p>Elaboración del programa de inspecciones de seguridad</p> <p>Identificación de riesgos ocupacionales</p> <p>Identificación de condiciones de seguridad para el paciente</p> <p>Elaboración de plan de inventarios</p> <p>Elaboración de PIGRH</p> <p>Programación de jornadas de las 5SS</p> <p>Programación de controles bromatológicos</p> <p>Elaboración de cronograma de mantenimiento y desinfección de tanques de agua y plantas de energía</p> <p>Concertación del plan de fumigación</p> <p>Elaboración de plan de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación</p>	
	H	<p>Ejecución de compras y elaboración de contratos, a partir de la aplicación del procedimiento de gestión de compras</p> <p>Elaboración de historial de proveedores Implementación del modelo de seguridad del paciente</p> <p>Ejecución del programa de salud ocupacional, Ejecución del plan de emergencias, Ejecución del PIGRH</p> <p>Ejecución de controles bromatológicos</p> <p>Ejecución de actividades de mantenimiento y desinfección de tanques de agua y fuentes de energía</p> <p>Ejecución de plan de fumigación</p> <p>Implementación de plan de inventarios</p>	



		<p>Ejecución de plan de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación Divulgación e implementación de planes de contingencia</p>	
	V	<p>Seguimiento al plan de compras Verificación de bienes y servicios adquiridos. Evaluación y reevaluación de proveedores Seguimiento al Modelo de Seguridad del paciente. Seguimiento a planes de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación. Seguimiento a ejecución de planes de contingencia, seguimiento al programa de salud ocupacional Seguimiento al plan de emergencias Patrullajes de seguridad, Patrullajes centinela Seguimiento a riesgos ocupacionales Seguimiento a actividades de ambiente de trabajo Seguimiento a indicadores del proceso Seguimiento a planes corporativos del proceso</p>	
	A	<p>Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso Ajustes al plan de compras, Ajustes a los planes de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación Ajustes a planes corporativos del proceso Ajustes con respecto a la gestión de proveedores. Ajustes de planes de contingencia Ajustes al programa de salud ocupacional. Acciones de impacto frente a los hallazgos de patrullajes. Ajustes al plan de emergencias. Ajustes del panorama de factores de riesgos ocupacionales</p>	



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

NIT 824 002 672 - 8

		Re estandarización de actividades de ambiente de trabajo Ajustes a las condiciones de seguridad del paciente	
Recursos	Humanos: Asesor de ambiente físico y salud ocupacional, Químico farmacéutico líder de compras, Auxiliar de Almacén, coordinador de servicios generales, coordinador de mantenimiento, nutricionista, Líder de seguridad del paciente, vigilantes, Auxiliares de servicios generales, personal asistencial en general, comité de seguridad y gestión de la tecnología, comité de salud ocupacional, comité de compras, comité de emergencias		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas que cumplan con requerimientos de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, ergonomía, bioseguridad, desinfección,		
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad	
Trazabilidad: Con respecto a los insumos adquiridos que afectan la calidad del servicio, todos ellos al momento de la admisión en almacén, son registrados en el "Acta De Recepción" que contiene: nombre del artículo, su marca o laboratorio, nombre del proveedor, número de lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y cantidad recibida. Con este procedimiento le garantizamos la trazabilidad a los demás servicios ya que estos deben llenar una planilla con los datos similares a los de la recepción, planilla diligenciada cuando el personal de farmacia y/o almacén lleva a cada servicio los insumos solicitados. Si existe algún problema con uno de estos insumos el personal de estos servicios se dirige al personal de almacén y/o farmacia con el fin de mirar la recepción original para gestionar así la devolución y baja de este producto. Con respecto a los servicios adquiridos toda la información al respecto queda consignada en la hoja de vida del respectivo proveedor, las cuales se conservan por orden cronológico en el archivo de gestión del área directiva. Las hojas de vida de los proveedores de equipos y suministros se conservan en el archivo de gestión de almacén. Con respecto a las actividades realizadas en el procedimiento de ambiente de trabajo, los soportes se guardan en los archivos de gestión del área directamente relacionada con la actividad. Los registros de las actividades de salud ocupacional se archivan anexos a la carpeta de salud ocupacional.			
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros	



<p>Líder: Jurídico Objetivo: Velar por el cumplimiento de las disposiciones de la constitución política y las legales aplicables a la ESE Hospital Camilo Villazón Pumarejo y asesorar y acompañar a la institución en la gestión jurídica de procesos y convenios contractuales de manera efectiva y transparente. Alcance: Conceptos Jurídicos, Procesos judiciales, Procesos disciplinarios, Gestión de tutelas, Gestión de derechos de petición, Contratación de bienes y/o servicios, Procedimientos de interventoría y supervisión Producto/Servicio: Conceptos jurídicos, procesos judiciales procesos disciplinarios, gestión de tutelas, gestión de derechos de petición, convenios contractuales, informes de supervisión e interventoría</p>		
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005	
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Proveedores de Proveedores de bienes y servicios	P	Identificar requisitos legales y reglamentarios Elaborar normograma institucional Elaborar plan de acción y/o proyectos para la vigencia Recibir solicitudes de análisis y atención jurídica Planear y asignar la gestión jurídica Caracterizar la contratación de servicios Planear la contratación de servicios de la vigencia Planear la divulgación de normas de la vigencia
		Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de Bienes y servicios



NIT 824 002 672 - 8

	H	Ejecutar el plan de divulgación de normas Divulgar nuevas normas y asignar plan de implementación de normas Ejecutar plan de acción de la vigencia Gestionar tutelas Gestionar derechos de petición Emitir conceptos jurídicos Asesorar a la ESE en temas jurídicos Proyectar minutas contractuales para adquisición de servicios Proyectar minutas contractuales con las EAPB Elaborar y revisar proyectos de actos administrativos Instaurar y contestar demandas Coordinar procesos disciplinarios Formular y sustentar proyectos de acuerdo	
	V	Realizar seguimiento a la divulgación de normas Realizar seguimiento a los planes de implementación de normas Realizar seguimiento a la eficacia, efectividad y eficiencia de los procesos de gestión jurídica Seguimiento al estado de proceso judiciales Realizar supervisión e interventoría de convenios contractuales Análisis de la información de los procesos jurídicos	
	A	Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso Ajustes al plan de divulgación de compras Ajustar planes de implementación de normas Proyectar revocatoria de demanda	
Recursos	Humanos: Asesores jurídicos Físicos y de Infraestructura: Equipos de cómputo, Equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, GPLI, acceso al software empresarial		



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, ergonomía, bioseguridad, desinfección,	
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: La información de los procesos jurídicos de la vigencia, reposan en el archivo de gestión de la oficina jurídica y en archivos magnéticos de los computadores del área, a los cuales se les realiza copia de seguridad periódica para asegurar su conservación.		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros	



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: ATENCION AMBULATORIA

<p>Líder: Coordinador médico Objetivo: Prestar servicios de salud hospitalarios de primer nivel de atención, con la intención de RECUPERAR la salud de los usuarios que llegan a la ESE, bajo parámetros de calidad y seguridad Alcance: Consulta médica general, consulta por optometría, odontología, atención domiciliaria Producto/Servicio: Atención médica de pacientes que requieren servicios de consulta externa, que cumpla con atributos de calidad</p>			
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005		
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACT IVD		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	P	Elaboración del plan de acción del proceso Acceso y admisión. Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención. Integral Centrado en el paciente y su familia	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE	



NIT 824 002 672 - 8

	V Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	
Recursos	Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua	
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad d la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el "Manual de historia clínico"		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: ATENCIÓN DE URGENCIAS

<p>Líder: Coordinador médico y Profesional de enfermería de urgencias y hospitalización Objetivo: Prestar servicios urgencias de primer nivel de atención con la intención de RECUPERAR la salud de los usuarios que llegan a la ESE, bajo parámetros de calidad y seguridad Alcance: Urgencias médicas, urgencias odontológicas Producto/Servicio: Atención de urgencias que cumpla con atributos de calidad y remisión de pacientes</p>			
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005		
	Legales: Remitirse al organigrama institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDA		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	P	Elaboración del plan de acción del proceso Acceso y admisión Clasificación de Triage Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	



	<p>NIT 824 000 000 000</p> <p>V</p>	<p>Seguimiento al modelo de atención Seguimiento a al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso</p>	
	<p>A</p>	<p>Redefinición de conducta clínica Reestandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza , vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua</p>		
<p>Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información</p>	<p>Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento</p>	<p>Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad</p>	
<p>Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnetica, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el “Manual de historia clínico” Adicionalmente en urgencias existe un registro físico de todos los pacientes que ingresan a atención “Registro de usuarios de Urgencias”, en el cual quedan consignados todos los datos del usuario.</p>			



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

También existe un registro de todos los usuarios remitidos del servicio de urgencias “Registro de usuarios remitidos”, en el cual quedan registrados todos los datos del usuario, la IPS para la cual es remitido, funcionarios responsables de la remisión y acompañante del usuario. Adicionalmente se diligencia el soporte “Traslado de pacientes”, el cual queda consignado en la historia clínica del usuario, posterior a la firma del médico remitente y el médico receptor.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: ATENCION HOSPITALARIA Y ATENCIÓN DEL PARTO

<p>Líder: Coordinador médico y Profesional de enfermería de urgencias y hospitalización Objetivo: Prestar servicios urgencias de primer nivel de atención con la intención de RECUPERAR la salud de los usuarios que llegan a la ESE, bajo parámetros de calidad y seguridad Alcance: Urgencias médicas, urgencias odontológicas Producto/Servicio: Atención de urgencias que cumpla con atributos de calidad y remisión de pacientes</p>			
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005		
	Legales: Remitirse al organigrama institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADES		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	P	Elaboración del plan estratégico del proceso Acceso y admisión Identificación de necesidades y expectativas del usuario Identificación de alertas en el usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	
	V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención	



		Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	
Recursos		Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua	
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la		Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el "Manual de historia clínico" Adicionalmente en hospitalización existe un registro físico de todos los pacientes que ingresan a atención "Registro de usuarios de Hospitalización", en el cual quedan consignados todos los datos del usuario. También existe un registro de todos los usuarios remitidos "Registro de usuarios remitidos", en el cual quedan registrados todos los datos del usuario, la IPS para la cual es remitido, funcionarios responsables de la remisión y acompañante del usuario. Adicionalmente se diligencia el soporte "Traslado de pacientes", el cual queda consignado en la historia clínica del usuario, posterior a la firma del médico remitente y el médico receptor.			



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

<p>Líder: Coordinador de PyP Objetivo: Brindar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contemplados en las resoluciones 412 y 3384 de 2000, y Vigilancia en Salud Pública a todos los usuarios afiliados a las aseguradoras que tienen contrato con la ESE y a particulares. Alcance: PyP, Vigilancia epidemiológica y salud pública Producto/Servicio: Actividades de promoción y prevención contempladas en la resolución 3280 de 2018 y 4003 de 2008</p>			
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005		
	Legales: Remitirse al organigrama institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADES		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	P	Elaboración del plan de acción del proceso Identificación y captación de población susceptible de actividades de promoción de la salud, detección temprana y protección específica de acuerdo a Normatividad aplicable Programación y planificación de actividades Inducción a la demanda Acceso y admisión	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	



		<p>Ingreso a programas especiales Educación al usuario y/o su familia Diligenciamiento de registros clínicos Diligenciamiento de RIPS</p>	
	V	<p>Seguimiento al modelo de atención Seguimiento a la evolución del usuario por medio de atenciones de control Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Análisis de resultados e impacto de los programas Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso Evaluación de coberturas e indicadores Seguimiento a eficacia de cronogramas Seguimiento a efectividad de las actividades educativas Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso</p>	
	A	<p>Búsqueda activa de inasistentes Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso Ajuste a cronogramas de programación de acuerdo a los alcances logrados en coberturas e indicadores</p>	
Recursos	Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software		



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

NIT 824 002 672 - 8

	empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de	
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia,	
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el "Procedimiento de archivo clínico" Para la atención del parto en hospitalización existe un registro físico de todos los pacientes que son internados en hospitalización "Registro de usuarios de hospitalización", en el cual quedan consignados todos los datos del usuario Existe un registro físico de todos los usuarios que son remitidos "Registro de usuarios remitidos", en el cual quedan registrados todos los datos del usuario, la IPS para la cual es remitido, funcionarios responsables de la remisión y acompañante del usuario. Adicionalmente se diligencia el soporte "Traslado de pacientes", el cual queda consignado en la historia clínica del usuario, posterior a la firma del médico remitente y el médico receptor. Adicionalmente se cuenta con un registro de búsqueda de inasistentes que queda guardado en el archivo de gestión de PyP En el caso de eventos de notificación epidemiológica se diligencia ficha única de notificación y al igual que los estudios de campo, son fotocopias y el formato original se archiva en la carpeta del COVE institucional y se entrega la copia a la DLS. En el servicio de vacunación la trazabilidad de los biológicos se garantiza por medio del registro "Kardex de insumos" que hace parte del Aplicativo de PAIWEB, en el cual quedan consignados el nombre del biológico, el lote y la fecha de vencimiento y la cantidad de biológico que ingreso. En la historia individual de cada usuario de PAIWEB, queda registrado la fecha de aplicación, el nombre del biológico y el número de Lote, de cada biológico.		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros	



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: SERVICIOS DE APOYO A LA ASISTENCIA

<p>Líder: Coordinador de ayudas diagnósticas, Profesional de enfermería de urgencias y hospitalización, coordinador médico Objetivo: Suministrar de forma oportuna servicios de apoyo asistencial, necesarios para la prestación integral de los servicios de la salud enmarcados en la calidad, seguridad, oportunidad y confiabilidad Alcance: Laboratorio clínico, Imagenología, esterilización, servicio farmacéutico, traslado asistencial básico, telemedicina y medicina legal Producto/Servicio: Ayudas diagnósticas y apoyo terapéutico</p>			
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005		
	Legales: Remitirse al organigrama institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADES		
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	P	Elaboración de plan de acción del proceso Verificación de las condiciones de trabajo y del recurso humano necesario para la prestación del servicio Acceso y admisión del paciente Verificación de información y/o conocimiento del paciente con respecto a las ayudas diagnósticas y/o terapéuticas Verificación de condiciones del paciente	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Toma de muestra o realización de la prueba Procesamiento de las ayudas diagnósticas Entrega de ayuda terapéutica ordenada Instrucciones sobre atenciones realizadas o productos entregados	



		Referencia de muestras a otros niveles de atención	
	V	Controles de calidad internos y externos de pruebas diagnósticas Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento eventos adversos Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Definición de conductas de impacto a fallas detectadas durante la operación del proceso o en el producto entregado Reestandarización de procedimientos o protocolos de atención	
Recursos	Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua		
Propiedad del Cliente: ver política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad	
Trazabilidad: En apoyo terapéutico los medicamentos y dispositivos médicos son registrados en el "Acta De Recepción" que contiene: nombre del artículo, su marca o laboratorio, nombre del proveedor, número de lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y cantidad recibida. Con este procedimiento le garantizamos la trazabilidad a los demás servicios ya que estos deben llenar una planilla con los datos similares a los de la recepción, planilla diligenciada cuando el personal de farmacia y/o almacén lleva a cada servicio los insumos solicitados. Si existe algún problema con uno de estos insumos el personal de estos servicios se dirige al personal de almacén y/o farmacia con el fin de mirar la recepción original para gestionar así la devolución y baja de este producto.			



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

Con respecto al apoyo diagnóstico la trazabilidad de las pruebas realizadas se garantiza a través del “Registro diario del laboratorio” y el registro del módulo de apoyo diagnóstico del software. En ambos registros queda consignado la fecha de atención, los datos completos del usuario y las pruebas realizadas. En el momento que se necesite recuperar la información se accede al módulo de apoyo diagnóstico por medio de apellidos del usuario o el documento de identidad; en el registro diario de laboratorio se busca el paciente por fecha de atención, documento de identidad y nombre completo del usuario. Los registros clínicos físicos, se conservan en el área durante 2 años y posteriormente se realiza la transferencia al archivo central donde permanecen 5 años más, antes de su disposición final, la cual también queda soportada en actas.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros



NIT 824 002 672 - 8

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: APOYO ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL

<p>Líder: Líder de Calidad, auxiliar administrativa del SIAU Objetivo: Garantizar la disponibilidad del recurso de apoyo administrativo necesario para la integral y adecuada prestación de los servicios de la salud de los usuarios, de forma oportuna y efectiva Alcance: Admisiones y asignación de citas, referencia y contrarreferencia, Producto/Servicio: Admisiones y asignación de citas, referencias y contrarreferencias</p>			
REQUISITOS	Organización: Remitirse al organigrama institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación resolución 3100 de 2019 y sistema único de acreditación resolución 5095 de 2018 MECI 1000:2005		
	Legales: Remitirse al organigrama institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADE		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Entidades judiciales	P	Elaboración del plan de acción del proceso Identificación de necesidades y expectativas del cliente Identificación de la red de remisión	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Orientación e información al usuario Asignación de citas de acuerdo a demanda de servicios y cuadros de turnos de personal asistencial Priorización de pacientes Gestión de referencias y contrarreferencias de íter consulta a otros niveles de atención	
	V	Seguimiento a la percepción de los clientes frente al cumplimiento de requisitos y expectativas Seguimiento a fallas administrativas y eventos adversos	



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

NIT 824 002 672 - 8

		Seguimiento a la efectividad de la información suministrada al cliente Seguimiento referencia y contrarreferencia Seguimiento a indicadores del proceso Auditorías internas del proceso	
	A	Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora Reasignación de citas Ajuste a la parametrización de los procedimientos Acciones de impacto a la detección de insatisfacción por parte del cliente	
Recursos	Humanos: Coordinador de central de citas, auxiliares administrativos, coordinador médico		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software,		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos,		
Propiedad del Cliente: Ver Política de seguridad de la información	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad	
Trazabilidad Con respecto al procedimiento de admisiones la asignación de todas las citas queda consignada en las agendas de citas del software. Para consulta de funcionarios que realizaron la atención se conservan los cuadros de turnos de las diferentes dependencias. Los soportes de remisiones y contrarremisiones quedan consignados en el historial clínico del usuario			
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros	



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

RESPONSABILIDADES DELEGADAS FRENTE AL DEL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN – GERENTE Y SUBDIRECCIONES

COMO LIDERES DE PROCESOS DIRECTIVOS (INCLUYE SUBDIRECCIONES)

- Establecer y utilizar adecuados instrumentos de gestión que garanticen los resultados bajo parámetros de calidad, eficiencia y eficacia.
- Garantizar la correcta aplicación y utilización de las políticas y normas establecidas por la ley en materia de control interno, en consecuencia, remitirán al Consejo Asesor en esta materia, antes del 16 de febrero, copia del Informe Ejecutivo Anual que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema, realizado por la respectiva Oficina de Control Interno
- Gestionar sostenibilidad de la empresa.
- Actuar con transparencia en todas las decisiones empresariales
- Liderar y gestionar el ambiente de control a través de la gestión ética y la coordinación efectiva de recursos y esfuerzos, para el logro de los objetivos y metas institucionales.
- Establecer lineamientos y políticas organizacionales para el direccionamiento estratégico de la ESE, orientado al cumplimiento de las funciones públicas delegadas por el Estado.
- Garantizar el diseño y desarrollo del Sistema de Control Interno y su articulación con el Sistema Integral de Garantía de la Calidad adoptado por la ESE
- Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura y de talento humano, requeridos para la implementación del MECI y el Sistema Integral de Garantía de la Calidad.
- Adoptar comportamientos, disciplinas y procesos que orienten al mejoramiento continuo de la organización
- Revisar y aprobar los documentos donde se describa el quehacer de la empresa (manual de calidad, procedimientos, instructivos, guías, etc.).

FRENTA AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD:

- Entender el concepto de calidad en su servicio
- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y su caracterización
- Conocer la pertinencia e importancia de la propia labor
- Liderar la elaboración de planes estratégicos de procesos que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales
- Conocer y hacer cumplir lo requisitos aplicables a los procesos
- Cumplir y hacer cumplir el control documental
- Ejecutar las actividades como estén definidas en la documentación y proponer las mejoras que considere necesarias



- Participar en la definición de **metas de su proceso**, monitorear y gestionar su cumplimiento

FRENTE AL AUTOCONTROL

identificadas a partir de los resultados

RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

COMO REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN PARA EL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD:

A cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo.
coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
MECI aplica correctivos donde se requiera.

RESPONSABILIDADES DEL JEFE DE CONTROL INTERNO

- Preparar plan anual de auditorías y someterlo a aprobación por parte de los comités de control interno y comité de auditorías del sistema del control interno requerida por el DAFP funciones de todos los cargos, y en particular de aquellos que tengan responsabilidades de mando.
- Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del sistema de control interno.
- Realizar la evaluación independiente
- Verificar que el sistema de control interno este formalmente establecido y que su ejercicio este intrínseco al desarrollo de la ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función.
- Verificar que lo controles definidor para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables
- Verificar los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización estén adecuadamente definidos y sean apropiados y se mejoren permanentemente de acuerdo con la evolución de la entidad.
- Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones
- Verificar los procesos relacionados con el manejo de recursos, bienes y sistemas de información.
- Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del control interno de la entidad
- Comunicar a los directivos los resultados de la evaluación independiente de control interno
- Evaluar el desempeño de los comités y los grupos de trabajo institucional
- Realizar seguimiento sistemático al cumplimiento de las políticas institucionales y proponer planes de mejora
- Realizar seguimiento a los riesgos frente a la transparencia y la anticorrupción, apoyar en la definición de acciones de mejora



E.S.E.

**Camilo Villazón
Pumarejo**

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

- de la comunicación informativa y organizacional- 8
- Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios.
- Verificar la oportunidad y pertinencia al proceso de la rendición de cuentas institucional
- Verificar y conceptuar sobre el control interno disciplinario
- Verificar y conceptuar sobre la administración y la gestión de la información primaria y secundaria de la ESE.
- Promover la cultura de transparencia y autocontrol

RESPONSABILIDADES DE LOS AUDITOR INTERNO DE CALIDAD

- Programar auditorías para monitorear el cumplimiento de requisitos aplicables al proceso y el desempeño de acuerdo a lo establecido en el procedimiento
- Realizar listas de chequeo que permitan visualizar los hallazgos y el cumplimiento
- Monitorear la eficacia y efectividad de los planes de mejoramiento definidos frente a los hallazgos de las auditorías internas y externa
- Realizar reuniones de apertura y cierre con las auditorías, explicando el alcance, los objetivos y aclarando dudas
- Elaborar informes de auditorías
- Evaluar el proceso de auditoría y definir oportunidades de mejora



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

RESPONSABILIDADES DE LOS LIDERES DE PROCESOS Y JEFES DE ÁREAS

COMO LIDERES DE PROCESOS Y/O JEFES DE ÁREAS

- Gestionar, administrar y gestionar los recursos delegados para la operación del proceso a su cargo
- Actuar con transparencia en todas las decisiones y acciones
- Cumplir y hacer cumplir el manual de ética, buen gobierno, trato y comportamiento adoptado por la ESE
- Participar activamente en la elaboración de planes, programas y proyectos aplicables al proceso
- Orientar el diseño del proceso y los funcionarios a su cargo al logro de los objetivos estratégicos institucionales
- Mantener canales de comunicación en doble vía (ascendente y descendente) para la divulgación de información institucional

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- Coordinar con la oficina de calidad y control interno la estandarización, implementación y evaluación de los requisitos aplicables al proceso.
- Revisar y actualizar la documentación del proceso
- Cumplir y hacer cumplir los lineamientos estandarizados para el proceso
- Contribuir desde el desempeño del proceso el logro de los objetivos de calidad
- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y su caracterización. Transmitirlo a su equipo de trabajo
- Elaborar un plan de inducción y reinducción específico de tal forma que se incluya el cumplimiento de los requisitos del Sistema Integral de Garantía de la Calidad, aplicables al proceso
- Trabajar en coordinación el equipo de trabajo, en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del sistema
- Motivar a su equipo de trabajo hacia la calidad
- Verificar el cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, aplicables al proceso
- Cumplir y hacer cumplir el control documental de los documentos aplicables al proceso
- Calcular y analizar los indicadores de gestión
- Identificar las oportunidades de mejora de su proceso y formular acciones correctivas y preventivas
- Facilitar la realización de auditorías externas e interna al proceso.



RESPONSABILIDADES DE LOS COMITES Y GRUPOS DE TRABAJO

- Funcionar como órgano directivo asesor y evaluador, en materia de la función delegada por la Alta Dirección y en cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente
- Elaborar planes de trabajo que oriente su desempeño y presentar informes de gestión a la dirección
- Custodiar los recursos delegados para la elaboración de los planes de trabajo
- Conocer y cumplir con los lineamientos en el manual de ética, buen gobierno y trato adoptado por la institución
- Actuar con transparencia en todas las decisiones y acciones empresariales
- Conocer y aplicar la documentación estandarizada para el proceso
- Conocer y participar en la implementación de planes y proyectos institucionales
- Orientar el desempeño individual y colectivo al logro de los objetivos estratégicos institucionales

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y su caracterización. Transmitirlo a su equipo de trabajo
- Entender la importancia de su propia labor, como contribución al logro de los objetivos estratégico y el desempeño en la institución
- Participar activamente en las actividades requeridas para el diseño e implementación del SSGC aplicable para el proceso
- Cumplir con los requisitos normativos, legales y reglamentarios, aplicables al comité o grupo de trabajo
- Cumplir con los lineamientos de control de documentos y registros.
- Apoyar a la verificación del cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, en materia de la función delegada por la Alta Dirección y presentar informes al comité de calidad y control interno.
- Participar en la identificación de oportunidades de mejora, eventos adversos y acciones correctivas y preventivas en materia de la función delegada por la Alta Dirección
- Participar efectivamente en la implementación de oportunidades de mejora definidas en materia a la función delegada por la alta dirección
- Llevar seguimiento oportuno al plan de trabajo y al BSC del comité y presentar informes de gestión a comité de calidad y control interno y a la dirección
- Facilitar la realización de auditorías internas y externas orientadas a la evaluación del desempeño del comité o grupo de trabajo

PARA EL AUTOCONTROL

- Responsable del control de la eficacia, eficiencia y efectividad de los resultados de gestión del comité o grupo de trabajo



E.S.E.
**Camilo Villazón
Pumarejo**

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO. Además

- El comité de calidad y control interno será responsable como órgano de coordinación y asesoría en el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema Integral de Garantía de la Calidad Institucional, de conformidad con las normas vigentes y las Características de propias de la entidad.
- Determinar los mecanismos de detección, prevención y corrección que permitan mantener las operaciones, funciones y actividades Institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.
- La responsabilidad del comité incluye la planeación de trabajo, definir las normas de autorregulación del sistema de control Interno y Garantía de la Calidad, la dirección a su ejecución, el seguimiento al avance del mismo, la evaluación permanente a su eficacia, eficiencia y efectividad, y la toma de decisiones para su mejoramiento continuo.

RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO MECI

- En coordinación con el representante de la dirección el grupo Operativo MECI apoyara la implementación de los requisitos establecidos en el MECI 2014: 2 Módulos, 1 eje transversal, 6 componentes y 13 elementos de control; como parte del Sistema Integral de Garantía de la Calidad adoptado por la ESE.
- Asesorar y participar en la estandarización de los procesos institucionales, asegurando que se tengan en cuenta los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente
- Capacitar a los servidores públicos de la entidad en los lineamientos aplicables al MECI
- Divulgar avances de la implementación del MECI
- Asesorar a las diferentes áreas de la ESE en la implementación y mantenimiento del MECI
- Realizar seguimiento a la implementación y mantenimiento del MECI e informar resultados a los representantes de la Dirección, para la toma de decisiones
- Trabajar en coordinación con los servicios designados por la dirección en la implementación de actividades requeridas para la ejecución, a partir de las recomendaciones de la oficina control interno y los entes de control



E.S.E.
Camilo Villazón
Pumarejo

NIT 824 002 672 - 8

✉ hospbello@hotmail.com

📍 Cr. 10 No. 9-45
Pueblo Bello - Cesar

☎ 317 645 4047
317 647 0269

RESPONSABILIDADES DE LOS FUNCIONARIOS

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- El servidor público como eje del sistema de control Interno, tiene la obligación de realizar todas y cada una de sus acciones Atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación.
- Apoyar las actividades orientadas a fortalecer el funcionamiento del sistema de Control Interno y sistema de la Calidad de la ESE.
- Conocer y entender la plataforma estratégica de la ESE
- Conocer y entender la política de calidad
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y la caracterización de los procesos
- Entender la importancia de su propia labor, como contribución al logro de los objetivos estratégicos y el desempeño del SIGC
- Participar activamente en las actividades relacionadas con el SIGC
- Cumplir con los lineamientos establecidos desde la documentación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad
- Cumplir con los requisitos normativos, legales y reglamentarios, aplicables al proceso que desempeña
- Cumplir con los lineamientos de control de documentos y registros
- Participar en la identificación de oportunidades de mejora, eventos adversos y acciones correctivas y preventivas en materia de la función delegada por la Alta Dirección
- Participar efectivamente en la implementación de oportunidades de mejora definidas en materia a la función delegada por la alta dirección
- Conocer los resultados de la gestión de su proceso
- Facilitar la realización de auditorías internas y externas orientadas a la evaluación del desempeño del comité o grupo de trabajo

PARA EL AUTOCONTROL

Es responsable de la aplicación eficiente de los procesos, actividades y tareas relacionadas con el desempeño de su cargo, como parte del Cumplimiento de las metas institucionales previstas.