



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL – GARZON HUILA.
NIT: 891.180.026-5

CARACTERIZACION PROCESOS ESTRATEGICOS



CARACTERIZACION DEL PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Entidades Públicas y privadas, Usuarios, Comunidad, Gobierno Nacional, Departamental y Municipal, Entidades sin ánimo de lucro, Cooperativas de trabajo asociado, organismos internacionales.

ENTRADAS

Plan de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal .

Visión Colombia II Centenario 2019 y Agenda Interna para la Productividad y la Competitividad

Objetivos de Desarrollo del Milenio (Conpes Social 91 de 2005).

Plan Nacional de Salud Pública y Plan Nacional para la prevención y atención de Emergencias y desastres

Presupuesto Nacional, Departamental y Municipal. Banco de Proyectos de Inversión Estadísticas y tendencias económicas, sociales, tecnológicas y ambientales.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 1122 de 2.007, Ley 152 de 1.994, Acuerdo 001 de 1.995, Ley 489 de 1.994, Ley 1438 de 2011, Decreto 1011 de 2.006, Decreto 357 de 2.008, Resolución 473 de 2.008, Acuerdos y regulaciones internas.

ALCANCE: Todos los procesos de la Empresa Social del Estado.

OBJETIVO: Definir las políticas, los planes y directrices empresariales, que orientan el desarrollo de los objetivos misionales y su alcance en el mediano y largo plazo, en función de lograr su visión y bajo los principios de Calidad, eficiencia y eficacia requeridos por sus usuarios

RESPONSABLE: Gerente

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE
Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, La Comunidad.

PLANEAR: Alistamiento institucional para el Direccionamiento Estratégico de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, con base en el informe de rendición de cuentas del Gerente saliente y en los lineamientos programáticos del nuevo Gerente.

HACER: Conformar Comisión del Plan de Desarrollo; Conformar grupo interdisciplinario de trabajo; Capacitar a los grupos de trabajo sobre el proceso metodológico; Dotar los grupos de trabajo de los procedimientos y metodologías y normas sobre el particular e Iniciar formulación del Plan Estratégico de Desarrollo o Plan de Gestión, los planes de Acción y los proyectos de inversión.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión, e indicadores, de Control Interno y el de Calidad.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales del Direccionamiento Estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl.

SALIDAS: Políticas, Plan Estratégico o de Gestión y Pla de Acción, Proyectos de inversión, Informes de gestión, Actos Administrativos, Directrices u orientaciones Gerenciales.

RIESGO: No formular Plan de Desarrollo, Plan de gestión o Plan de Acción.

CONTROL: Cumplir requerimientos de organismo de vigilancia y control

POLITICAS: 1). La ESE debe formular el Plan de Desarrollo o de Gestión cada cuatro años. 2). La ESE anualmente debe formular y ejecutar el Plan de Acción. 3) La ESE debe hacer seguimiento y evaluación a la ejecución del Plan, conforme a las políticas o directrices Gerenciales.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Ver Manual de procedimientos, Metodologías, Guías, Formatos, Fichas Técnicas .

INDICADORES:

- Oportunidad en la entrega de los planes.
 - Documentos aprobados acorde con los lineamientos jurídicos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Cicerón Cuchimba Patiño	Profesional de Apoyo a la Gestion	
Revisó y aprobó:	Nelson Leonardo Fierro González	Gerente	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION JURIDICA

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: La ciudadanía, Entidades del orden Nacional, Departamental y Municipal, Despachos Judiciales, Rogamos de Control.

ENTRADAS

Derechos de petición.
 Proyectos de Actos Administrativos,
 Solicitudes de conceptos jurídicos.
 Solicitudes de disponibilidad presupuestal.
 Notificaciones por aviso.
 Traslado de demandas y TUTELAS.
 Informes de gestión.
 Proyectos de Acuerdos.
 Solicitudes de Conciliaciones extrajudicial.
 Requerimientos de entes de control

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 1122 de 2.007, Ley 152 de 1.994, Acuerdo 001 de 1.995, Ley 489 de 1.994, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2011, Conceptos, Decretos, Resoluciones, Acuerdos, doctrina, jurisprudencia, regulaciones internas.

ALCANCE:: Desde la recepción del requerimiento hasta su tramite definitivo.
OBJETIVO: Garantizar el cumplimiento de las normas constitucionales y legales vigentes a todas las actuaciones jurídicas de la Administración, de la ESE, así como defender los intereses de la empresa.
RESPONSABLE: Líder Gestión Jurídica.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores
Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, Despachos Judiciales.

PLANEAR: Radicación y preparación de información para el trámite de proyectos de decretos, Resoluciones y de Convenios; de solicitudes de disponibilidad, presupuestal, de conceptos jurídicos, informes de gestión, de sanción de acuerdos, derechos de petición, de Conciliaciones extrajudiciales.

HACER: Proyectar decretos, Resoluciones y Convenios, Emitir los conceptos jurídicos, preparar informes de gestión, Sanciones de los Acuerdos, Responder los derechos de peticiones, Responder los requerimientos judiciales en defensa de la empresa, realizar las Conciliaciones judiciales y extrajudiciales y las Notificaciones por edicto, responder las tutelas y demandas con la ESE.

VERIFICAR: Revisión y visto bueno a los actos propios de la Gestion Jurídica, como proyectos de actos administrativos, de Convenios, Contestación a demandas tutelas y a requerimientos Judiciales, así como generar los informes de gestión.

ACTUAR: Realizar e implementar planes de mejoramiento por procesos, individual o institucional para prevenir tutelas, derechos de petición, demandas en contra de la empresa. Y demás riegos generados por el proceso.

SALIDAS: Registro de reparto de solicitudes y requerimientos judiciales; Proyectos de decretos, Resoluciones, respuestas a derechos de petición., conceptos, Informes de Gestion, repuesta a demandas, actas

RIESGO: No responder los requerimientos en los términos de ley.
CONTROL: Seguimiento oportuno a requerimientos

POLITICAS: 1). Llevar la representación judicial de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl teniendo como fundamento para actuar la Constitución y las Leyes, basado en principios del eficiencia y oportunidad y respeto por el debido proceso.

RECURSOS
 Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS
 Ver Manual de procedimientos, Metodologías, Guías, Formatos, Fichas Técnicas.

INDICADORES:
 - Gestión del 100% de los procesos judiciales en los términos de ley.
 -- Respuesta oportuna a las solicitudes de la comunidad.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Andrés Felipe Vanegas	Asesor Jurídico	
Revisó y aprobó:	Nelson Leonardo Fierro González	Gerente	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: CONTRATACION Y ALMACEN

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), personal natural o jurídica, Cooperativas de trabajo asociado, Proveedores de bienes y servicios, entidades gubernamentales y no gubernamentales, órganos de control, entidades judiciales.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Presupuesto anual, Plan de Acción, Plan de compras, Minutas de contrato, y/o convenios, propuestas técnico económicas y soportes, Hojas de Vida y soportes, cotizaciones, ofertas, facturas y soportes, solicitudes, derechos de petición, Sistema de información, estadísticas, estudios de mercado.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 100 de 1.993, Ley 80 y 87 de 1.993, Ley 1150 de 2.007, Código Civil, Código del Comercio, Código Contencioso Administrativo., doctrina, jurisprudencia., Conceptos, Decretos, Resoluciones, Acuerdos, Régimen Laboral, Estatuto Presupuestal.

ALCANCE:: Aplica a todas las áreas administrativas y asistenciales de la Empresa.

OBJETIVO: Proveer los recursos necesarios para el desarrollo de su objeto misional con estándares de calidad, transparencia, objetividad y conveniencia para la ESE.

RESPONSABLE: Líder de Contratación y almacén.

PLANEAR: Precisar objeto, plazo y valor a contratar; valorar y prever los riesgos de la actividad contractual, determinar cantidad de recursos necesarios y fuentes de financiación y definir documento base de la minuta correspondiente.

HACER: Elaboración de los estudios previos o de conveniencia, términos de referencia o pliego de condiciones según sea la modalidad de la contratación; solicitar directamente o realizar invitación pública para la selección del contratista, estudios de oferta o propuestas y designación de contratista, elaboración y suscripción del contrato, seguimiento y liquidación del mismo.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, a través, de la interventoría del contrato, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de control interno.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales de la actividad contractual de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual Interno de Contratación, Manual de Interventoría, Manual de procedimientos.

INDICADORES:

No. Objeciones a los contratos. Oportunidad en la elaboración de los contratos.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores y dependencias de la ESE.

Externos: Usuarios, Entidades, Públicas y privadas, Órganos de Control, Proveedores de bienes y servicios.

SALIDAS:

Contratos, convenios, respuestas a solicitudes, Estudios de conveniencia, términos de referencia, pliegos de condiciones, orden de servicios, ordenes de compra, actas, informes de gestión.

RIESGO:

Legalización de contratos sin el cumplimiento de los requisitos de ley

CONTROL:

Llevar lista de chequeo de cumplimiento de requisitos a cada contrato.

POLITICAS: 1). La contratación de la ESE se someterá estrictamente a lo establecido en el Manual Interno de Contratación y Manual de interventoría., bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, Responsabilidad, publicidad y controversia.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Libardo Gaita Pastrana	Jefe Unidad de Contratación	
Revisó y aprobó:	Nelson Leonardo Fierro González	Gerente	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION COMERCIAL

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Entidades y públicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Agencias de Publicidad, entidades especializadas en mercadeo de bienes y servicios.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Políticas de Comercio nacional e internacional, estudios e investigaciones de mercado, tendencias económicas, tecnológicas, sociales y ambientales , propuestas tecnicoeconomicas, estadísticas, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 100 de 1.993, Ley 80 de 1.993, Manual Interno de Contratación , Código Civil, Código del Comercio, Código Contencioso Administrativo, Ley 715 de 2.001, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Acuerdos, Decretos, Resoluciones, .

ALCANCE: Inicia con la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios, hasta el desarrollo del plan comercial, propuesta de ofertas y firma de contratos y aplica a todos los procesos de la ESE.

OBJETIVO: Elaborar e implementar el plan de mercadeo de la ESE, que permita captar los clientes actuales y potenciales y ofrecerles los productos y/o servicios más adecuados a sus necesidades y expectativas.

RESPONSABLE: Líder Gestión Comercial.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, canales de comunicación, agencias de publicidad, entidades gubernamentales, comunidad.

PLANEAR: Alistamiento institucional para la identificación de las oportunidades del mercado de la ESE, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud , para definir y establecer estrategias de mercadeo y ventas que soporten la toma de decisiones de inversión y que aseguren la rentabilidad y crecimiento de la empresa.

HACER: Realizar el análisis del mercado, la investigación del mercadeo de los servicios de salud, la distribución, promoción, precios de los servicios y preparar e implementar el plan estratégico de comercialización de la ESE, a través del cual, se establezcan las estrategias de crecimiento de la empresa.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de control interno.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales de la actividad comercial y de venta de la Empresa.

SALIDAS: Plan Estratégico de Mercadeo, estudio de mercado, campañas publicitarias, estructura de precios, estudios de viabilidad comercial, contratos de compraventa, informes de ventas, alianzas estratégicas.

RIESGO:

Información deficiente del cliente interno y externo y del estudio de mercado.

CONTROL:

Evitar el riesgo, haciendo revisiones periódicas de la información inherente.

RECURSOS

Personal de la Empresa , Recursos técnicos, tecnológicos , administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Ver Manual de Contratación e interventoría. Manual de procedimientos. Plan Estratégico de Mercadeo.

INDICADORES:

% de segmento del mercado de la ESE.
% de incremento de ventas.
Impacto de la publicidad en las ventas.

POLITICAS: Avanzar y fortalecer la transformación productiva de la ESE, hacia servicios altamente competitivos en el mercado de los servicios de salud.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Angélica Ramírez Sánchez	Coordinación SIAU.	
Revisó y aprobó:	Nelson Leonardo Fierro González	Gerente	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL – GARZON HUILA.
NIT: 891.180.026-5

CARACTERIZACION PROCESOS MISIONALES



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION URGENCIAS

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto Anual, Portafolio de servicios, Plan de mercadeo, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud, Política IAMI, insumos, dispositivos médicos quirúrgicos, medicamentos, directrices, informes, circulares.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1990, Decreto 412 de 1992, Ley 100 de 1993, Resolución 5261 de 1994, Resolución 2816 de 1998, Ley 715 de 2001, Acuerdo 260 de 2004, Circular Externa 010 de 2006, Ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Ley 1438 de 2011, demás normas que las sustituyan, modifiquen o complementen.

ALCANCE: Inicia con Ingreso del usuario al servicio de Urgencias y termina con el traslado a hospitalización, remisión a un nivel de complejidad superior, contra remisión a un nivel inferior o el egreso .
OBJETIVO: Garantizar la atención inicial de urgencias de manera oportuna y pertinente, dando cumplimiento a los requisitos de ley, institucionales y a las necesidades y expectativas de los usuarios.
RESPONSABLE: Líder Gestión de urgencias.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.
Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades, gubernamentales .

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento del equipamiento biomédico, coordinación con los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico y servicios de apoyo logístico.

HACER: Realizar el ingreso del usuario, según su nivel de complejidad y estado patológico, brindándole los cuidados requeridos en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad y de control interno.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la actividad del proceso de Gestión Urgencias.

SALIDAS: Interconsultas, Hospitalización de baja, media y alta complejidad, remisión a un nivel superior, contrarreferencia a un nivel inferior, egreso. Planes de mejoramiento, informes e indicadores, boletines educativos, planes de cuidados, facturación de servicios, estudios patológicos.

RIESGO: Negar la atención de Urgencias
 - No cumplimiento de los tiempos establecidos según oportunidad en el servicio

CONTROL: Auditoria concurrente de formatos Triage.
 - Medición, seguimiento y control de la oportunidad en el servicio de Urgencias.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos , administrativos, físicos y logísticos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Manuales de cuidados Guías médicas Protocolos.

INDICADORES:

- Oportunidad en la consulta de Urgencias
 - Oportunidad en la Referencia a un nivel superior
 - Numero de consultas día
 - Numero de colisiones o muerte del paciente durante el traslado

POLITICAS: Que todo el equipo de salud aplique efectivamente los Manuales, guías, procedimientos y protocolos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Diego Losada Floriano	Coordinador de Urgencias	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION AMBULATORIO

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS) publicas y privadas, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) publicas y privadas, proveedores de bienes y servicios, Agencias de mercadeo y usuarios, órganos de control.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto anual, Portafolio de servicios, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud, Política IAMI, insumos, dispositivos médicos quirúrgicos, sábanas y batas limpias, equipos biomédicos, Circulares, memorandos, informes, directrices IAMI.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 9ª. De 1.979, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Decreto 1011 de 2.006, Resolución 412 de 2.000, Resolución 4003 de 2.008, Decreto 3039 de 2.007, Resolución 1995 de 1.999, Acuerdos, Decretos, Resoluciones.

ALCANCE: Inicia con ingreso del usuario remitido al servicio de consulta externa y termina con el egreso u hospitalización.
OBJETIVO: Garantizar un servicios de consulta y procedimientos de baja, media y alta complejidad, para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios con eficiencia, eficacia y efectividad.
RESPONSABLE: Líder Gestión Ambulatorio.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.
Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades, gubernamentales, órganos de control

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento del equipamiento biomédico, instrumental estéril, con orientación al usuario para que tramite con su aseguradora los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico y controles.

HACER: Realizar el ingreso al usuario, según su nivel de complejidad y estado patológico, brindando educación, cuidado requerido en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y de auditoría externa.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales de la actividad de gestión ambulatorio en los diferentes niveles de complejidad.

SALIDAS: Atenciones, controles, ordenes para apoyo diagnósticos, terapéutico, tratamientos, actividades de rehabilitación, Interconsultas, Planes de mejoramiento, informes e indicadores, boletines educativos, planes de cuidados, facturación de servicios, estudios patológicos, referencia y contrarreferencias.

RIESGO:

Demoras en historias clínicas.

CONTROL:

Gestionar permanente con la coordinación de archivo.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos y logísticos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Guías medicas. Protocolos.

INDICADORES:

% de cumplimiento de asistencia a consulta externa.
 % de avance de desarrollo de la estrategia IAMI.

POLITICAS: Que todo el equipo de salud aplique efectivamente los Manuales, guías, procedimientos y protocolos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	María Lucía Castillo Florez	Enfermera Jefe - Consulta Externa	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: HOSPITALIZACION

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Agencias de mercadeo y usuarios, regímenes especiales.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Plan de mercadeo, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud, Política IAMI, medicamento y dispositivos médico quirúrgicos, materiales de curación.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Resolución 07323 de 1.983, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 911 de 2.004, Ley 1122 de 2.007, Decreto 1011 de 2.006, Resolución 412, Ley 1438 de 2.011, Acuerdos, Decretos, Resoluciones,.

ALCANCE: Inicia con Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y termina con el egreso.

OBJETIVO: Brindar servicios de hospitalización de baja, media y alta complejidad, con eficiencia, eficacia y efectividad con fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

RESPONSABLE: Líder de Hospitalización.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades, gubernamentales órganos judiciales.

SALIDAS: Estancias, diagnósticos, tratamientos, actividades de rehabilitación, interconsultas, controles, Planes de mejoramiento, informes e indicadores, boletines educativos, planes de cuidados, facturación de servicios, estudios patológicos, referencia y contrarreferencias de usuarios, plan canguro.

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento y disponibilidad del equipo biomédico, coordinación con los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico y servicios de apoyo logístico.

HACER: Realizar el ingreso del usuario, según su nivel de complejidad y estado patológico, brindándole los cuidados requeridos en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención y gestionar el correcto y completo diligenciamiento de los documentos de Historia Clínica.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y auditoria externa.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales de la actividad de hospitalización en sus diferentes niveles de complejidad.

RIESGO: Seguridad del usuario.

CONTROL: Adherencia a las guías y procedimientos y protocolos.

RECURSOS

Recursos Humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos y logísticos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Planes de cuidado de enfermería.

INDICADORES:

Giro cama
% ocupacional
% de eventos adversos.

POLITICAS: Que todo el equipo de salud aplique efectivamente los Manuales, guías, procedimientos y protocolos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	María Fernanda Méndez Pedreros	Enfermera Jefe – Hospitalización	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: SALA DE PARTOS

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Agencias de mercadeo y usuarias.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Plan de mercadeo, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud, Política IAMI, medicamento y dispositivos médico quirúrgicos., materiales de curación, instrumental quirúrgico estéril.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Resolución 07323 de 1.983, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 911 de 2.004, Ley 1122 de 2.007, Decreto 1011 de 2.006, Resolución 412, Ley 1438 de 2.011, Acuerdos, Decretos, Resoluciones,.

ALCANCE: Inicia con Ingreso de la usuaria al servicio de Sala de Partos y termina con el egreso a otro servicio.
OBJETIVO: Brindar servicios de consulta, observación, trabajo de parto y atención de parto, con eficiencia, eficacia y efectividad con fin de satisfacer las necesidades y expectativas de nuestras usuarias y del Binomionio Madre e Hijos.
RESPONSABLE: Líder Sala de Partos.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.
Externos: Usuarías, EPS, IPS públicas y privadas, entidades, gubernamentales.

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento del equipamiento biomédico, coordinación con los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico y servicios de apoyo logístico.

HACER: Realizar el ingreso de la usuaria, brindándole una atención oportuna en consulta, observación, trabajo de parto y atención de parto requeridos en las fases de diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención y gestionar el correcto y completo diligenciamiento de los documentos de Historia Clínica.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y auditoria externa.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la actividad de Sala de Partos.

SALIDAS: Atención de partos y puerperio mediato, Estancias, diagnósticos, tratamientos, consultas, interconsultas, controles, Planes de mejoramiento, informes e indicadores, boletines educativos, planes de cuidados, facturación de servicios, estudios patológicos, referencia y contrarreferencias de usuarias, educación en lactancia materna.

RIESGO: Seguridad del usuaria.

CONTROL:

Adherencia a las guías y procedimientos y protocolos.

RECURSOS

Recursos Humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Planes de cuidado de enfermería y protocolos., guías médicas.

INDICADORES:

Atención de partos. Nacidos vivos % de eventos adversos Mortalidad perinatal.

POLITICAS: Que todo el equipo de salud aplique efectivamente los Manuales, guías, procedimientos y protocolos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Gladys Guío Montano	Enfermera Jefe – Sala de Partos	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: QUIROFANOS

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Entidades publicas, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) públicas y privadas, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas, proveedores de bienes y servicios, Agencias de mercadeo.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Plan de mercadeo, Planes Obligatorios de Salud, Plan de Salud Publica, instrumental quirúrgico estéril, material de curación, insumos, dispositivos médicos y medicamentos, paquetes quirúrgicos.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 9º. De 1.979, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 734 de 2.002, Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Resolución 412 de 1.994, Acuerdos, Decretos, Resoluciones.

ALCANCE: Inicia con la necesidad de una intervención quirúrgica del usuario y termina el proceso quirúrgico realizado en condiciones optimas.

OBJETIVO: Brindar características especiales de esterilidad, con un equipo humano multidisciplinario para ofrecer y prestar una terapéutica quirúrgica de calidad, en forma oportuna, precisa, humana y eficaz.

RESPONSABLE: Líder Quirófanos.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades, gubernamentales.

PLANEAR: Programación de agendas, del equipo quirúrgico, de recursos necesarios requeridos, y coordinación con los demás servicios asistenciales, administrativo y de apoyo logístico para la terapéutica quirúrgica.

HACER: Realizar las intervenciones quirúrgicas y la terapéutica que se requieran según la demanda del servicio.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y auditorías externas.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la terapéutica quirúrgica.

SALIDAS: Procedimientos quirúrgicos. Interconsultas, Planes de mejoramiento, informes e indicadores, boletines educativos, planes de cuidados, facturación de servicios, estudios patológicos, referencia y contrarreferencias.

RIESGO:

1.Tasa Infecciones posoperatoria

CONTROL:

1. Buena técnica aséptica en cirugía.

RECURSOS

Personal de la Empresa , Recursos técnicos, tecnológicos , administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Otras Manuales. Guías médicas

INDICADORES:

Tasa de cancelación Oportunidad de cirugía Productividad de quirófanos.

POLITICAS:

Que todo el equipo de salud aplique efectivamente los Manuales, guías, procedimientos y protocolos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Carmen Pérez Garzón	Coordinador Cirugía	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL – GARZON HUILA.
NIT: 891.180.026-5

CARACTERIZACION PROCESOS DE APOYO



CARACTERIZACION DEL PROCESO: ATENCION DEL USUARIO

PROVEEDORES

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Agencias de mercadeo, órganos de control, Asociaciones de usuarios.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Política Comercial, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, Directrices, circulares, programas, políticas, solicitudes, quejas y reclamos, derechos de petición., informes, estratificación socioeconómicas de usuarios.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Decreto 1757 de 1.994, Ley 190 de 1995, Ley 489 de 1.998, Decreto 1795 de 2.000, Ley 715 de 2.001, Ley 962 de 2.005, Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Resolución, Acuerdos, Directivas.

ALCANCE: Trasciende todos los usuarios internos y externos que requieran servicios de la Empresa.

OBJETIVO: Promover la construcción de una empresa acogedora, amable, con facilidades de acceso, condiciones y servicios dignos, que generen vínculos adecuados con los usuarios a partir de la motivación, la confianza, la comunicación, la información, orientación, la calidad de los servicio y respuesta oportuna a sus inquietudes.

RESPONSABLE: Líder Atención al Usuario.

PLANEAR: Gestionar los recursos administrativos, logísticos, técnicos, humanos y financieros, coordinación con los servicios asistenciales, administrativos y de apoyo logístico, para el adecuado funcionamiento del proceso.

HACER: Realizar las actividades de capacitación, información y orientación de los usuarios de la ESE; estudios socioeconómicos y valoraciones de trabajo social, promover y fomentar la participación ciudadana, la defensa de los derechos y deberes de los usuarios.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y de Auditoría Externa.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la actividad de servicio de atención a los usuarios.

RECURSOS

Personal de la Empresa , Recursos técnicos, tecnológicos , administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Manual de atención al usuario.

INDICADORES:

% de satisfacción del Usuario externo.
 Respuestas a quejas, reclamos y derechos de petición en los términos de Ley.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades, gubernamentales, Asociación de usuarios de la ESE.

SALIDAS:

Respuestas a quejas, reclamos, derechos de petición, Informes, Planes de mejoramiento, Indicadores, estudios socioeconómicos., Valoraciones de trabajo social

RIESGO:

Insatisfacción del usuarios.
 Respuesta inoportuna de las quejas.

CONTROL:

Seguimiento permanente a los procedimientos y planes de mejoramiento.

POLITICAS:

Propender por la defensa de los derechos de los usuarios, mediante el suministro de información y orientación oportuna, clara y concreta facilitando la accesibilidad al os servicios de la ESE.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Angélica Ramírez Sánchez	Coordinación SIAU.	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Administrativo	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Organismos de inspección, vigilancia y Control.

ALCANCE: Aplica a los usuario que requieran servicios de Laboratorio Clínico , Imagenología y otras ayudas diagnósticas de la ESE.

OBJETIVO: Garantizar los servicios de Laboratorio Clínico e Imagenología y otras ayudas diagnósticas de baja, media y alta complejidad, para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios con eficiencia, eficacia y efectividad.

RESPONSABLE: Líder Apoyo Diagnóstico.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades gubernamentales, órganos de control.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud, Política IAMI, insumos medicoquirurgicos, reactivos, equipos e insumos para equipo de rayos X, Tomógrafo, mamografo y Ecógrafo, Circulares, Informes., instrumental estéril,.

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento del equipamiento biomédico, coordinación con los otros servicios asistenciales, administrativo y de apoyo logístico.

HACER: Realizar el ingreso del usuario, se toman las muestras y/o estudios de imagenología de los servicios de urgencia, consulta externa y hospitalización, se procesan, se emiten y se entregan los resultados, para las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención y el correcto diligenciamiento de los reportes escritos y/o en medio magnético.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y auditoria externa.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la actividad Apoyo Diagnóstico.

SALIDAS: Resultados de exámenes, estudios de imagenología, diagnósticos, estadísticas, informes, e indicadores, planes de mejoramiento, facturación de servicios, referencia y contrarreferencias de muestras y de estudios de imagenología.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Resolución 5261 de 1.994, Resolución 412 de 1.994, Ley 715 de 2.001, Ley 657 de 2001, Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Acuerdos, Decretos, Resoluciones.

RIESGO:

Fallas en los procedimientos diagnósticos y estudios.

CONTROL:

Exigir la adherencias a los manuales y procedimientos.

RECURSOS

Personal de la Empresa , Recursos técnicos, tecnológicos , administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Manuales de Laboratorio Clínico y de Imagenología. Protocolos.

INDICADORES:

% de productividad e indicadores de calidad. % productividad de Imagenología.

POLITICAS:

Que todo el equipo de salud aplique efectivamente los Manuales, guías, procedimientos y protocolos.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Norma Jazmín Losada Gómez	Bacterióloga	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: APOYO TERAPEUTICO

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Organismos de inspección, vigilancia y Control.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Portafolio de servicios, Planes Obligatorio de Salud, Plan de Salud Publica, oferta de servicios de salud, dispositivos médicos, medicamentos, reactivos, alimentos, suplementos nutricionales, elementos para terapias, equipos, controles externos de calidad, servicio de transporte, contratos, Circulares, Informes,

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Decreto 1571 de 1.993, Decreto 3075 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Decreto 2200 de 2.005, Ley 1122 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Decreto 1011 de 2.006, Acuerdos, Decretos, Resoluciones,.

ALCANCE: Integra los servicios de Banco Sangre, Terapias, Farmacia y Nutrición para proveer insumos y servicios a los usuarios.

OBJETIVO: Garantizar la disponibilidad permanente y suficiente de insumos y servicios terapéuticos que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios con eficiencia, eficacia y efectividad.

RESPONSABLE: Líder Apoyo Terapéutico.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades gubernamentales, órganos de control.

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento del equipamiento biomédico, medicamentos, dispositivos, equipos, elementos y reactivos y dietas, coordinación con los otros servicios asistenciales, administrativo y de apoyo logístico.

HACER: Realizar la adquisición, procesamiento y suministro de los insumos y servicios terapéuticos para los usuario, necesarios para su tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención y gestionar el correcto y completo diligenciamiento de los documentos de Historia Clínica.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y de auditoria externa.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales de la actividad Apoyo Terapéutico.

SALIDAS: Componentes sanguíneos suministrados, Terapias realizadas, medicamentos y dispositivos médicos suministrados, soporte nutricional estadísticas, informes, e indicadores, planes de mejoramiento, facturación de servicios, referencia y contrarreferencias de componentes sanguíneos.

RIESGO: Fallas en los procedimientos de apoyo terapéuticos. Falta de gestión en contratación.

CONTROL: Exigir la adherencias a los manuales de procesos y procedimientos.

POLITICAS: Propender que los suministros de los servicios de apoyo terapéutico sean suficientes y efectivos en el mejoramiento de la salud de los usuarios.

RECURSOS

Personal de la Empresa , Recursos Humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos e insumos, de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de normas técnicas y procedimientos. Procesos. Cronogramas.

INDICADORES

% productividad del los servicios de apoyo terapéutico.
% de satisfacción del usuario interno.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Carlos Fernando Dussan	Médico	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION LOGISTICA

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Entidades publicas y privadas, Empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), proveedores de bienes y servicios, Organismos de inspección, vigilancia y Control.

ENTRADAS

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Planes de Obligatorios de Salud, Plan de Salud Publica, Instrumental quirúrgico, material de curación, suministros, equipos, ropa quirúrgica, empaques, elementos de evacuación, Circulares, Informes, solicitudes de copia de historias clínicas.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Resolución 1995 de 1.999, Ley 715 de 2.001, Resolución 2183 de 2.004, Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2.007, Decreto 4747 de 2.007, Ley 1438 de 2.011, Acuerdos, Resoluciones.

ALCANCE: Aplica a los servicios de esterilización, Referencia y Contrarreferencia e historias clínicas y procesos correlacionados de apoyo a los servicios asistenciales y administrativos de la ESE.

OBJETIVO: Garantizar la disponibilidad permanente y suficiente de instrumental y material medico quirúrgico estéril y oportunidad de acceso a las historia clínica y a servicios de mayor complejidad, que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos con eficiencia, eficacia y efectividad.

RESPONSABLE: **Líder Gestion Logística.**

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerente y Servidores.

Externos: Usuarios, EPS, IPS públicas y privadas, entidades gubernamentales, órganos de control.

PLANEAR: Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento de las historias clínicas, instrumentales médicos y materiales y coordinar con los otros servicios asistenciales, administrativo y de apoyo logístico, para el buen desempeño del proceso.

HACER: Realizar el ingresos del usuario por primera vez al Modulo de Historia Clínica, para usuario antiguos se realiza alistamiento y entrega de la Historia Clínica al servicio requerido y llevar el control de las Historias clínicas. Se recibe instrumental quirúrgico limpio, se elabora el material de curación y se prepara para la esterilización y entrega a los diferentes servicios; así mismo se realiza el traslado de usuarios a servicios de salud de mayor complejidad.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad y de control interno y de las auditorias externas.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la actividad del proceso en cuestión.

SALIDAS: Historias Clínicas, Libro de registro de Historias, Informes de gestión, instrumental estéril, material de curación, paquetes quirúrgicos, indicadores, orientaciones, circulares, suministros para las Unidades de Cuidados Intensivos.

RIESGO:

Perdida de la historia clínica.
Falla de equipos para la esterilización.

CONTROL:

Llevar libro de registro de historia clínica.
Pruebas físicas y químicas del esterilizador.

RECURSOS

Recursos Humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos e insumos, de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos
Manual de Historias Clínicas
Manual de buenas practicas de esterilización.

INDICADORES:

% Oportunidad de acceso a la Historia Clina.
Oportunidad entrega de material.
% de material mal procesado.

POLITICAS:

Guardar la confidencialidad de la historia clínica.
Garantizar la esterilidad de todo el material entregado.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Elsa Victoria Artunduaga	Coordinador Archivo	
Revisó y aprobó:	José Antonio Muñoz Paz	Subdirector Científico	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION TALENTO HUMANO

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Comisión Nacional del Servicio Civil, Dpto. de la Función Pública, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Entidades sin animo de lucro, Cooperativas de trabajo asociado,, organismos de inspección, vigilancia y control, organismos judiciales.

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Código de Ética, Código de Buen Gobierno, Plan Nacional de Capacitación, Plan de Capacitación, Programa de Bienestar Social e Incentivos, Programa de Salud Ocupacional, estudio de necesidades de talento humano, hojas de vida, circulares, formatos, embargaos, libranzas, planes de mejoramiento, solicitudes.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 594 de 2.000, Ley 715 de 2.001, Ley 734 de 2.002, Ley 909 de 2.004, Decreto 785 de 2.005, Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2.007, Ley 1164 de 2.007, Acuerdo 001 de 1.995, Ley 489 de 1.994, Ley 1438 de 2011, Reglamento Interno.

ALCANCE: Inicia con la identificación de las necesidades de talento humano y termina con los planes de mejoramiento.

OBJETIVO: Lograr implementar la planeación, organización, coordinación, dirección y control de las actividades necesarias, para crear las condiciones laborales adecuadas en las cuales, los servidores públicos desarrollen su máximo potencial dentro de la ESE.

RESPONSABLE: Líder desarrollo de talento humano.

PLANEAR: Establecer objetivos, estrategias y programas para el desarrollo de las actividades inherentes a la gestión del talento humano de la Empresa.

HACER: Ejecutar los programas de capacitación, Bienestar social, salud ocupacional, y demás acciones inherentes al desarrollo del talento humano.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión, e indicadores, retroalimentados con los informes de Control Interno y de Calidad.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la Gestión del Talento Humano de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos
Manual de Funciones y Competencias.
Reglamento Interno de trabajo-

INDICADORES:

Cobertura del programa de capacitación.
Cumplimiento de las actividades de bienestar y salud ocupacional.
% satisfacción del usuario interno.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE

Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, Organismos judiciales.

SALIDAS: Personal seleccionado, capacitado, competente y vinculado a la ESE, afiliaciones a la Seguridad Social en Salud, Certificaciones, respuestas a solicitudes, nomina, Actas de Comité, Informes, Actos Administrativo, planes y programas.

RIESGO: Perdida de información de hojas de vida.

CONTROL: Llevar registro de préstamo de hojas de vida

POLITICAS: Desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus servidores públicos, determinando políticas y prácticas de gestión humana, que deben incorporar los principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	María del Socorro Valderrama	Profesional Universitario.	
Revisó y aprobó:	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirector Administrativo	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION FINANCIERA

PROVEEDORES

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, DIAN, Entidades de Seguridad Social, Fondos de Cesantías y Pensiones, Cooperativas de trabajo asociado, organismos de inspección, vigilancia y control, organismos judiciales., entidades gubernamentales del orden Dptal y Mpal, Aseguradoras, SOAT, entidades sin animo de lucro.

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Contratos aseguradoras, Convenios y contratos con entidades gubernamentales, Plan de Capacitación, Programa de Bienestar Social e Incentivos, Programa de Salud Ocupacional, Contratos con proveedores y acreedores, Nominas, cuentas por pagar, facturas, recibos de caja, radicaciones de demandas, contratos de comodato, Actas, informes.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 1438 de 2011, Decreto 111 y 115 de 1996 , Ley 1066 de 2006, Decreto 1914 de 2003, Ley 1438 de 2011, Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Plan General de Contabilidad Publica., Código de rentas del municipio, Estatuto Tributario.

ALCANCE: Su aplicación involucra los subprocesos de presupuesto, facturación, cartera, contabilidad y pagaduría.
OBJETIVO: Diseñar, ejecutar y controlar el presupuesto de la entidad como elemento de acción de todos los planes y programas generados por la entidad y Emitir estados financieros en el menor tiempo posible como herramienta útil para la toma de decisiones.

RESPONSABLE: Líder Gestión Financiera

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE
Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, La Comunidad.

SALIDAS: Ejecución presupuestal de ingresos y gastos, Estados Financieros comparativos, con sus anexos: Cartera por edades, estadístico de facturación, cuentas por pagar por vencimientos, informes financieros.

PLANEAR: Establecer objetivos, estrategias y programas para el cumplimiento del presupuesto institucional y de las líneas de acción enmarcadas en el plan de gestión de la Entidad.

HACER: Ejecutar los contratos y convenios previamente establecidos a través de las actividades que forman parte del proceso financiero como la disponibilidad y registro presupuestal, adquisición de insumos, contratación de personal, pago a proveedores y contratistas y facturación y cobro de los servicios de salud que se prestan en la Institución.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento a los registros de actividades del área asistencial y del área de apoyo necesarias para el normal funcionamiento de la Entidad, y la verificación de los registros presupuestales y financieros que afectan los estados financieros de la E.S.E.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la Gestión Financiera de la E.S.E..

RIESGO: Errores en digitación, Problemas de software o hardware, desconocimiento de manuales y procedimientos, desconocimiento de normatividad,

CONTROL: Auditoria de Sistemas, Revisión de interfaces, Reportes, conciliación periódica entre las áreas, socialización de contratos, capacitaciones

POLITICAS: Todo contrato deberá contar con el CDP y registro presupuestal independiente, los insumos y medicamentos tendrán su ingreso inmediato al sistema previo cumplimiento de todo el proceso contractual, los pagos a proveedores y contratistas se realizaran previa verificación de los soportes requeridos, actualización permanente de la normatividad de las áreas involucradas en el proceso financiero, Verificación permanente por el área de sistemas del efectivo funcionamiento del software institucional.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos contables, Manual de políticas contables de la E.S.E., Reglamento interno de cartera

INDICADORES: Rotación de cartera, Liquidez, Rotación de cuentas por pagar, De Endeudamiento, Superávit de tesorería, Porcentaje de glosas, Equilibrio financiero presupuestal ajustado, participación de ingresos

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Martha Cecilia Díaz Duran	Profesional Universitario.	
Revisó y aprobó:	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirector Administrativo	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION SISTEMA DE INFORMACION

Fecha: 07/04/2011

PROVEEDORES

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicaciones, DIAN, Departamento Administrativo de la Función Publica, Superintendencia Nacional de Salud, órganos de control, Secretaria Departamental de Salud, Aseguradoras de bienes, Proveedores de bienes y servicios informáticos,

ALCANCE: Su aplicación trasciende los subprocesos de gestión de redes y comunicaciones, de hardware y software, estadística y seguridad informática .

OBJETIVO: Garantizar la administración y uso racional de los recursos asignados a tecnologías de información y operación del área de informática, sistemas en operación y en desarrollo, software, internet, redes, telecomunicaciones y seguridad física, lógica y de datos.

RESPONSABLE: Líder Gestion Sistema de Información

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE

Externos: Usuarios, Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicaciones, DIAN, Departamento Administrativo de la Función Publica, Superintendencia Nacional de Salud, órganos de control, Secretaria Departamental de Salud,.

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto anual, Estructura Organizacional, de la ESE, Información, entorno tecnológico actual y estándar, Modelo del sistema de información, arquitectura tecnológica, arquitectura de información, Plan de Capacitación, Programa de Bienestar Social e Incentivos, Programa de Salud Ocupacional, Directrices, Actas, informes, catálogos

PLANEAR: Realizar el programa de desarrollo del Sistema de Información de la ESE, en concordancia con las necesidades y expectativas de la gerencia y de los usuarios internos y externos .

HACER: Ejecutar las actividades fijadas en el programa de desarrollo del Sistema de Información y en especial, las relacionadas con la gestión de redes y comunicaciones, de adquisición o reposición de hardware y software, de establecimiento, mantenimiento y custodia de la seguridad informática , las de generación de registros y datos estadísticos , las mantenimiento preventivo y correctivo y las de soporte técnico a los usuarios internos de la ESE.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y de las auditorías externas.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales del Sistema de Información de la ESE.

SALIDAS: Datos, registros, estadísticas, asesorías, capacitaciones, soportes y mantenimiento.

RIESGO: Perdidas de información. Daño tecnológico. Inoperancia de un servicio. Caídas de redes e internet

CONTROL: Copias de seguridad. Soporte en mantenimiento preventivo y correctivo. Soporte en DGH. Soporte en redes e internet

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 57 de 1.985, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 44 de 1.993, Ley 489 de 1.998, Ley 715 de 2.001, Decreto 2193 de 2.004, Decreto 1599 de 2.005, Decretó 1011 de 2.006, Resolución 1446 de 2.006, Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Resolución 2181 de 2.008, Ley 1438 de 2011.

RECURSOS

Recursos Humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos y logísticos, de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos. Manuales de Usuario de DGH.

INDICADORES: Cantidad de soportes solicitados/cantidad de soportes aplicados
Cantidad de soportes solicitados/tiempo de respuesta

POLITICAS: Se implementan políticas de seguridad de seguridad informática para prevenir perdidas de datos del servidor .

Se crean responsabilidades del personal del área de sistemas para brindar el soporte y capacitación necesarios para los usuario internos de la ESE

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Rubén Alonso Marín Pérez	Ingeniero de Sistemas	
Revisó y aprobó:	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirector Administrativo	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGIA BIOMEDICA

Fecha: 07/04/2011

PROVEEDORES

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.
Externos: Ministerio de Salud, Secretaría de Salud, Superintendencia de Salud, Departamento Nacional de Regalías, organismos de inspección, vigilancia y control, entidades gubernamentales del orden Dptal y Mpal,

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Plan de compras, Presupuesto, Plan de mantenimiento hospitalario, Reporte de falla de equipos biomédicos, solicitud de mantenimiento de infraestructura, Identificación de necesidades del cliente interno de mantenimiento biomédico, Convenios y contratos con entidades gubernamentales, Plan de Capacitación, Programa de Salud Ocupacional, Contratos con proveedores, contratos de comodato, Actas, informes.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Decreto 1769 de 1994, Resolución 04445 de 1996, Ley 715 de 2.001, Decreto 4725 de 2005, Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1445 de 2006, Ley 1122 de 2007, Circular externa 049 de 2008, Resolución 4816 de 2008, manual de contratación.

ALCANCE: Su ejecución trasciende los subprocesos de adquisición, mantenimiento y reposición de tecnología biomédica y mantenimiento de infraestructura y mobiliario hospitalario.
OBJETIVO: Gestionar la tecnología a fin de minimizar riesgos, prevenir eventos adversos, manejar los inventarios y disminuir los costos, en un ciclo de mejoramiento continuo, para contribuir a brindar la atención con calidad en la ESE.
RESPONSABLE: Líder Infraestructura y Tecnología Biomédica.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE
Externos: Usuarios, Ministerio de Salud, Secretaria Departamental de Salud, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control.

PLANEAR: Elaborar el plan de mantenimiento preventivo hospitalario. Recibir y registrar las solicitudes de las áreas respecto a la tecnología biomédica. Proyectar las necesidades de adquisición de tecnología biomédica. Proveer los recursos y servicios requeridos para una adecuada gestión de tecnología.

HACER: Realizar Mantenimiento preventivo y correctivo a la tecnología biomédica, a la infraestructura y al mobiliario hospitalario. Diseñar, desarrollar y socializar planes para la ocurrencia de falla o contingencia de tecnología biomédica. Realizar la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología que incluya pruebas de seguridad, responsabilidad en el manejo y el entrenamiento a los usuarios finales de la tecnología. Implementar de manera sistemática un programa para la renovación o reposición de tecnología biomédica.

VERIFICAR: Analizar de forma permanente los registros y/o informes generados durante la ejecución del proceso con el fin de garantizar el control de los procedimientos. Documentar y analizar los datos resultantes del proceso, generar Indicadores de Gestión y analizarlos. Analizar el resultado de las Auditorias, cuando se reciba el respectivo informe. Administrar los Riesgos (Identificar, analizar, calificar, definir tratamientos y aplicarlos).

ACTUAR: Generar acción correctiva, preventiva o de mejora de acuerdo al resultado del "VERIFICAR" del proceso, estas acciones generadas deberán ir con su respectivos planes de acción. Realizar las acciones para una efectiva administración del riesgo; establecer y mejorar sistemáticamente los riesgos asociados a los procesos.

SALIDAS: Hoja de vida de equipos médicos, Informe de servicio correctivo, Protocolo de mantenimiento preventivo, Informes de supervisión, ordenes de trabajo, informe mensual de seguimiento a indicadores, informes de cumplimiento del plan de acción.

RIESGO: Presentación de eventos adversos, perdidas por paradas no programadas de equipos, adquisición de tecnología errónea, desconocimiento de manuales, procedimientos y normatividad.

CONTROL: Auditorias, socialización de procesos, manuales, normas y procedimientos, realización de capacitaciones, revisión de indicadores,

POLITICAS: Política de gestión de tecnología.

RECURSOS

Recursos Humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos y logísticos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de Tecnovigilancia, Manual adquisición de tecnología biomédica, formatos y documentos del área Manual de Contratación.

INDICADORES: Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento, Razón de mantenimiento correctivo equipos médicos, Proporción gestión a Tecnovigilancia

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Andrea García Ibarra	Ingeniera Biomédica	
Revisó y aprobó:	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirector Administrativo	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: APOYO LOGISTICO

Fecha: 07/04/2011

PROVEEDORES

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Proveedores de bienes y servicios, Cooperativas de trabajo asociado, Empresas de Servicios Temporales, organismos de inspección, vigilancia y control, organismos judiciales, Ministerio del Transporte, entidades de tránsito, aseguradoras de bienes y servicios, Cooperativas de seguridad privada.

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto Anual, Contratos aseguradoras de bienes y servicios, Plan de Capacitación, Programa de Bienestar Social e Incentivos, Programa de Salud Ocupacional, Contratos con proveedores y acreedores, licencias, pólizas de seguro, informes, documentos, libros, alimentos perecederos y no perecederos, ropa limpia y ropa sucia, insumos, materiales, vehículos de transporte.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 9º. De 1.979, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 594 de 2.000, Ley 715 de 2.001, Ley 734 de 2.002, Ley 769 de 2.002, Decreto 3222 de 2.002, Decreto 1599 de 2.005, Decreto 1011 de 2.006, Resolución 1043 y 1446 de 2.006, Decreto 4950 de 2.007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011.

ALCANCE: Su ejecución trasciende los subprocesos de gestión documental, vigilancia y seguridad privada, conducción vehículos administrativos, alimentación, lavandería y aseo de la ESE.

OBJETIVO: Garantizar los servicios de apoyo logístico a los diferentes servicios de a cargo de la ESE, con eficiencia, eficacia y efectividad.

RESPONSABLE: Líder Apoyo Logístico.

PLANEAR: Coordinar y gestionar el apoyo logístico fundamental para la prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE y ejercer el control de los servicios de apoyo logístico contratados con terceras personas.

HACER: Realizar las actividades inherentes a la gestión documental y las de conducción y mantenimiento de los vehículo administrativos, así como de realizar la etapa precontractual de los servicios de vigilancia y seguridad privada interna de instalaciones y bienes, las de preparación de alimentos, las de reparación, lavado y entrega de ropería y las de limpieza, recolección y disposición final de las basuras.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y de las auditorías externas.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, individual o institucional, para prevenir los riegos potenciales de la actividad de apoyo logístico a los servicios.

RECURSOS

Recursos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos y logísticos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos
 Reglamento interno de trabajo.
 Manual de Contratación.

INDICADORES:

Archivo organizado según Ley.
 Eficacia y efectividad de apoyo logístico.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE

Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, Cooperativas de trabajo asociado, Cooperativas de seguridad privada, aseguradoras de bienes, Empresas de servicios temporales.

SALIDAS: Documentos, tablas de retención documental, Solicitudes, Actas de baja de documentos, informes, registros, transportes, dietas alimentarias, ropa limpia., actividades de limpieza.

RIESGO:

- Pérdida de documentación.
- Pérdida de bienes
- Aseo inadecuado

CONTROL:

- Llevar registro de prestamos de documentos.
- Póliza de amparo de bienes.
- Revisión actividades de aseo.

POLITICAS: 1). Mantener el archivo debidamente organizado y actualizado , conforme lo fijan las tablas de retención.
 2. Mantener asegurados los bienes muebles e inmuebles y vehículos contra todo riesgo.
 3. Propender por mantener personal idóneo en los servicios de alimentación, lavandería y aseo.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirector Administrativo	
Revisó y aprobó:	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirector Administrativo	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL – GARZON HUILA.
NIT: 891.180.026-5

CARACTERIZACION PROCESOS DE EVALUACION



CARACTERIZACION DEL PROCESO: CONTROL INTERNO

PROVEEDORES

Internos:

Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.

Externos: Usuarios, Departamento de la Función Pública, Órganos de inspección, vigilancia y Control, Entidades Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), publicas y privadas, organismos judiciales.

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto Anual, Programa de auditoria Interna, Código de Ética, Código de Buen Gobierno, Manual de Funciones y Competencias, Modelo de Operación por Procesos, Plan de Capacitación, Programa de Bienestar Social e Incentivos, Programa de Salud Ocupacional, circulares, Informes de auditorías y de gestión, Planes de Mejoramiento, solicitudes.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 9º de 1.979, Ley 10 de 1.990, Ley 100 y 80 de 1.993, Ley 87 de 1.993 y sus decretos reglamentarios y demás normas relacionadas con el ejercicio de control interno, Ley 909 de 2.004 y sus decretos reglamentarios, Ley 190 de 1.995, Ley 489 de 1.998, Ley 715 de 2.001, Ley 734 de 2.002, Decreto 2193 de 2.004, Decreto 1599 de 2.005, Decreto 1011 de 2.006, Ley 1164 de 2.007, Decreto 2913 de 2.007, Resoluciones 3960 y 2181 de 2.008, Ley 1122 y 1150 de 2007, Ley 1438 de 2011.

ALCANCE: Su ejecución trasciende los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la empresa.

OBJETIVO: Fortalecer la ejecución ordenada, ética, económica, eficiente y efectiva de las operaciones, así como el cumplimiento de la Constitución Política, de las leyes, las regulaciones aplicables y las obligaciones de responsabilidad, como también el de salvaguarda de los recursos para evitar pérdidas, mal uso y daño.

RESPONSABLE: Líder de Control Interno.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE
Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, Organismos judiciales.

SALIDAS: Informes de gestión, de auditoria interna, de seguimiento a planes de mejoramiento, circulares, conceptos, respuestas a solicitudes, informe ejecutivo anual de control interno, reportes a órganos de control, comunicaciones a otras dependencias.

PLANEAR: Establecer objetivos, estrategias y programas para el desarrollo de la cadena de acciones extendida a todas las actividades, inherentes a la gestión e integrados a los demás procesos básicos de la Empresa Social del Estado.

HACER: Ejecutar las acciones inherentes a la valoración del riesgo, asesorar y acompañar a los servidores de la ESE, evaluación y seguimiento a la gestión, fomentar la cultura del autocontrol y al cumplimiento efectivo en el suministro de la información a los entes de control.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión, retroalimentados con los informes de Calidad y de las auditorías externas.

ACTUAR: Realizar el seguimiento a los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos en el ejercicio del Control Interno en la ESE.

RIESGO: Perder la independencia en la evaluación de la gestión.

CONTROL: Aplicar la ética y la imparcialidad en el ejercicio de control interno.

POLITICAS: Aplicar el Modelo Estándar de Control Interno MECI (y velar por su cumplimiento por parte de todos los servidores públicos, para que desarrollen estrategias que conduzcan a una administración eficiente, eficaz, imparcial, íntegra y transparente, por medio de la autorregulación, la autogestión, el autocontrol y el mejoramiento continuo para el cumplimiento de los fines del Estado y propiciando el control estratégico, el control de gestión y el control de evaluación.

RECURSOS

Recursos humanos técnicos, tecnológicos, administrativos, físicos y logísticos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos
 Manual de Control Interno
 Manual de Auditoría.
 Manual de Contratación
 Manual de Calidad.

INDICADORES:

Evaluaciones independientes realizadas.
 % de auditorias internas realizadas.
 % de seguimiento a planes de mejoramiento.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Elio Fabio Ruiz Lara	Asesor de Control Interno	
Revisó y aprobó:	Nelson Leonardo Fierro González	Gerente	



CARACTERIZACION DEL PROCESO: GESTION DE CALIDAD

PROVEEDORES

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Usuarios internos, Procesos de la ESE.
Externos: Ministerio de Salud, Entidades Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), publicas y privadas, Superintendencia Nacional de Salud, Cooperativas de trabajo asociado, organismos de inspección, vigilancia y control, organismos judiciales, entidades gubernamentales.

ENTRADAS :

Plan de Estratégico o de Gestion, Plan de Acción, Presupuesto, Contratos Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas, Plan de Capacitación, Programa de Salud Ocupacional, Actas, informes, derechos de petición, solicitudes , Informe de Control Interno, Circulares, directrices nacionales y departamentales, indicadores, Metodologías.

NORMATIVIDAD

Constitución Política, Ley 9º de 1.979, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993, Ley 87 de 1.993, Ley 715 de 2.001, Ley 734 de 2.002, Decreto 2193 de 2.004, Decreto 1011 de 2.006, Resoluciones 1446, 1043, 1445, 1448 de 2.006, Resolución 2680 y 3763 de 2.007, Ley 1164 de 2.007, Resoluciones 3960 y 2181 de 2.008, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011.

ALCANCE: Su ejecución trasciende el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
OBJETIVO: Lograr implementar acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar el estado de salud de los usuarios, con los menores riesgos.

RESPONSABLE: Líder Gestión de Calidad

PLANEAR: Establecer objetivos, estrategias y programas para el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la ESE.

HACER: Realizar las acciones tendientes al cumplimiento de los estándares de Habilitación y acreditación; implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en Salud; adelantar las auditorías concurrentes de los servicios de salud a cargo de la ESE, desarrollar las unidades de análisis para reducir los riesgo de la atención en salud.

VERIFICAR: Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Control Interno y de las auditorías externas.

ACTUAR: Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales en la prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE.

USUARIOS

Internos: Junta Directiva, Gerencia, Servidores de la ESE
Externos: Usuarios, Entidades gubernamentales y no gubernamentales, Órganos de inspección, vigilancia y Control, La Comunidad.

SALIDAS: Informe de auditorías, Indicadores, reportes Entidades Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Actas, respuestas a solicitudes

RIESGO: Que no hayan insumos.
 Que el personal no este capacitado e insuficiente.
 No reporte de los eventos por los servicios de la ESE.

CONTROL: Planear adecuadamente la adquisición y compra de los dispositivos médicos e insumos.
 Actualización permanente del personal.

POLITICAS: Comprometidos en la integración de los sistemas de calidad con el fin de dar cumplimiento a la normatividad y a los compromisos que la institución suscriba buscando incrementar la satisfacción de los mismos; promoviendo una cultura de autocontrol, la mejora continua de los procesos, una filosofía de trabajo soportada en los principios y valores institucionales, un comportamiento seguro y responsable frente al medio ambiente y una cultura de salud ocupacional que promueva ambientes de trabajo saludables, reduciendo los factores de riesgos que puedan afectar la seguridad y salud de nuestros clientes.

RECURSOS

Personal de la Empresa, Recursos técnicos, tecnológicos, administrativos y físicos de las áreas asignadas al proceso.

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS

Manual de procedimientos .
 Manual de Calidad.

INDICADORES:

Circular 056 de 2.009 de Superintendencia Nacional de Salud.
 Eventos Centinela.

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró:	Gloria Constanza Pastrana Macía	Contratista Gestión de Calidad.	
Revisó y aprobó:	Nelson Leonardo Fierro González	Gerente	