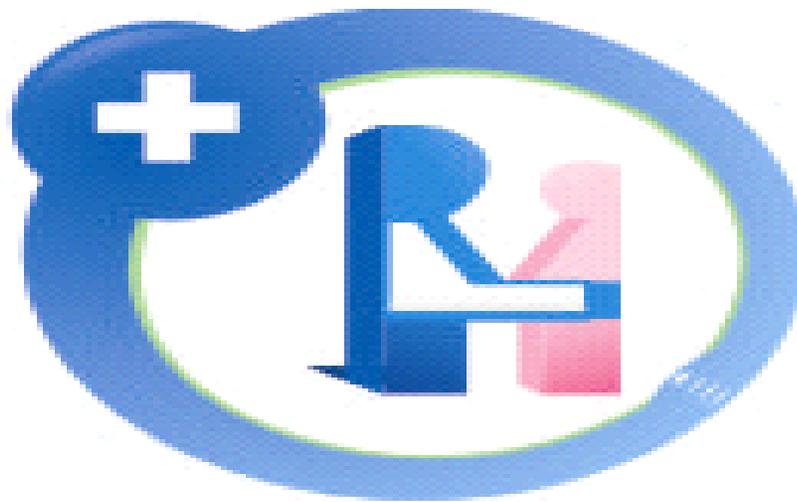


MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

ISO 9001:2015



**E.S.E. Hospital  
José Rufino Vivas**

---

**Calidez, Vocación & Excelencia en Salud !**

## TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. INTRODUCCION.....	02
2. PRESENTACION DE LA ORGANIZACION (RESEÑA HISTORICA.....	03
3. PLATAFORMA ESTRATEGICA	
3.1 MISION.....	05
3.2 VISION.....	05
3.3 POLITICA DE LA CALIDAD.....	05
3.4 OBJETIVOS DE LA CALIDAD.....	06
3.5 VALORES.....	06
4. ALCANCE DEL SGC.....	07
5. EXCLUSIONES DEL SISTEMA.....	07
6. MAPA DE PROCESOS.....	08
7. INTERACCION DE LOS PROCESOS Vs REQUISITOS.....	09
8. PLAN ESTRATEGICO DE LA CALIDAD - ALINEACIÓN DE OBJETIVOS	
ALINEACIÓN DE OBJETIVOS Vs ESTRATEGIAS Vs INDICADORES.....	12
9. CONTROL DE CAMBIOS.....	14

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

## 1. INTRODUCCION

La “Empresa Social del Estado Hospital José Rufino Vivas, del Municipio de Dagua”, ha desarrollado e implementado un Sistema de Gestión de Calidad para demostrar su compromiso y capacidad para ofrecer Servicios de Atención Básica en salud de Baja Complejidad, Nivel I, que cumplan consistentemente con los requerimientos del usuario y lograr su completa satisfacción por medio de una efectiva aplicación del Sistema de Gestión de Calidad.

El propósito de este Manual es definir y describir las principales actividades y procesos que comprenden el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, conocimiento de nuestros usuarios y otras partes interesadas sobre los controles específicos que se han implementado para asegurar la Calidad de nuestros servicios.

El presente Manual de Calidad tiene como objetivo:

- Describir el Sistema de Gestión de Calidad de La Empresa Social del Estado, Hospital José Rufino Vivas, del Municipio de Dagua, documentando y comunicando a todos los funcionarios la política y los objetivos de calidad.
- Ser medio de consulta interna acerca de la gestión de la calidad y de las responsabilidades asociadas dentro de la Institución.
- Establecer una guía para la aplicación de procedimientos de calidad en cada uno de los procesos de La Empresa Social del Estado Hospital José Rufino Vivas del Municipio de Dagua, y así lograr la satisfacción de los requerimientos de los clientes en los diferentes servicios.

---

**HUGO FERNANDO COLLAZOS TOVAR**

Gerente

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			  <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

## 2. PRESENTACION DE LA ORGANIZACIÓN (RESEÑA HISTORICA)

El hospital José Rufino Vivas fue Fundado el 01 de Julio de 1.950, tres años antes el servicio se prestaba como un puesto de salud.

Entre los años de 1.947 y 1.949, por parte de la Gobernación del Valle del Cauca se nombró el primer médico director del Puesto de Salud de Dagua, Dr. Alfonso Polanco; una “Junta de Amigos”, apoyan la iniciativa del médico para la fundación y construcción del Centro Hospitalario; posteriormente a la gestión de estos soñadores, el 01 de Julio de 1.950, comparece el señor ANTONIO RUFINO VIVAS, ante el notario único del circuito de Dagua Vicente Salinas Z., para hacer la donación de una casa en bahareque, donde venía funcionando el Puesto de Salud; y fuese destinada para el funcionamiento de un hospital de caridad para la población de Dagua.

Esta iniciativa se adelantó y la Institución funcionó adscrita al Ministerio de Salud , dándose inicio al desarrollo físico de la obra por intermedio del Fondo Nacional Hospitalario, posteriormente el Hospital entra a conformar la Unidad Regional de Salud de Cali, adscrito a la Secretaría de Salud de Cali y continua su proceso evolutivo, tanto físico como técnico con aportes de la Nación y la Beneficencia del Valle del Cauca, nombrándose **Centro hospital Nuestra Señora del Carmen**, adquiriendo su personería jurídica el 15 de Julio de 1.970.

Posteriormente para dar cumplimiento a lo ordenado por la Ley 100 de 1.993; por medio del Acuerdo 009 del Honorable Consejo Municipal de Dagua –Valle, el 24 de agosto 1.994; el hospital se convierte en una **Empresa Social del Estado, de nombre HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS**, en memoria de su benefactor, organismo público, con autonomía administrativa y patrimonio propio del municipio de Dagua.

En los últimos años el hospital ha venido mejorando su infraestructura en cuanto a edificación y tecnología en equipos biomédicos, aportando beneficios para mejorar la calidad de vida a la comunidad.

El hospital ha recibido diversos reconocimientos, entre los cuales se cuenta el programa PAI por coberturas efectivas en el año 2013 y se exalta nuevamente la labor desempeñada en el programa de salud sexual y reproductiva por el manejo al programa de planificación familiar, donde en la se han disminuido los embarazos en adolescentes.

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			  <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

Durante varios años el hospital, a través del programa “Desayunos Infantiles con Amor” (DIA) realizada por el ICBF, ha venido realizando entrega de los desayunos a la comunidad menor de cinco años, lo cual aporta beneficios la nutrición en esta población.

En el año 2012 el hospital recibió el otorgamiento, de la certificación bajo la NTC- ISO 9001:2008, por parte del ICONTEC, la cual se sostuvo durante el año 2013.

---

**HUGO FERNANDO COLLAZOS TOVAR**  
Gerente

 <p>E.S.E Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

### 3. PLATAFORMA ESTRATEGICA

#### 3.1 MISION

En el Hospital José Rufino Vivas de Dagua, prestamos Servicios de Salud de baja complejidad y complementarios, mediante el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Participamos en la ejecución de proyectos sociales orientados al paciente a través de una gestión eficiente, para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población dagüeña.

#### 3.2 VISION

El Hospital José Rufino Vivas de Dagua será reconocido en el Sur Occidente colombiano por haber mejorado la salud de su población.

#### 3.3 POLITICA DE LA CALIDAD

En la E.S.E Hospital José Rufino Vivas del Municipio de Dagua, nos comprometemos a prestar Servicios de Salud de baja complejidad y complementarios, seguros y humanizados. Brindamos atención oportuna y accesible, con la participación de un equipo de trabajo competente y una infraestructura apropiada que nos permita cumplir con los requisitos, la satisfacción de los pacientes y la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			  <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

### 3.4 OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Ampliar la cobertura de la atención en la prestación de servicios.
- Mejorar las competencias del personal de la Institución.
- Mejorar permanentemente la seguridad del paciente Y la humanización en la prestación del servicio de salud.
- Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población objeto.

### 3.5 VALORES

- **Ética:** Actuar con profesionalismo bajo los principios de legalidad, la moral y la buena conducta en todas nuestras actividades y labores.
- **Respeto:** implica la comprensión, aceptación y valoración de las cualidades y la condición inherente a las personas, con derechos y deberes. Entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás.
- **Responsabilidad:** Asumir y cumplir nuestros deberes y obligaciones consientes de las consecuencias que ocasionará aquello que hagamos o dejemos de hacer para alcanzar los propósitos de la Organización.
- **Honestidad:** Es actuar con rectitud, honorabilidad, transparencia y decoro, en concordancia con la verdad y la justicia entre lo que se piensa, se expresa y se hace.
- **Servicio:** Trato digno, respetuoso, cálido y seguro a nuestros clientes.
- **Transparencia:** Información abierta y disponible sobre la gestión institucional.

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec</p>  <p>CERTIFIED Net MANAGEMENT SYSTEM</p> <p>SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

#### 4. ALCANCE DEL SISTEMA

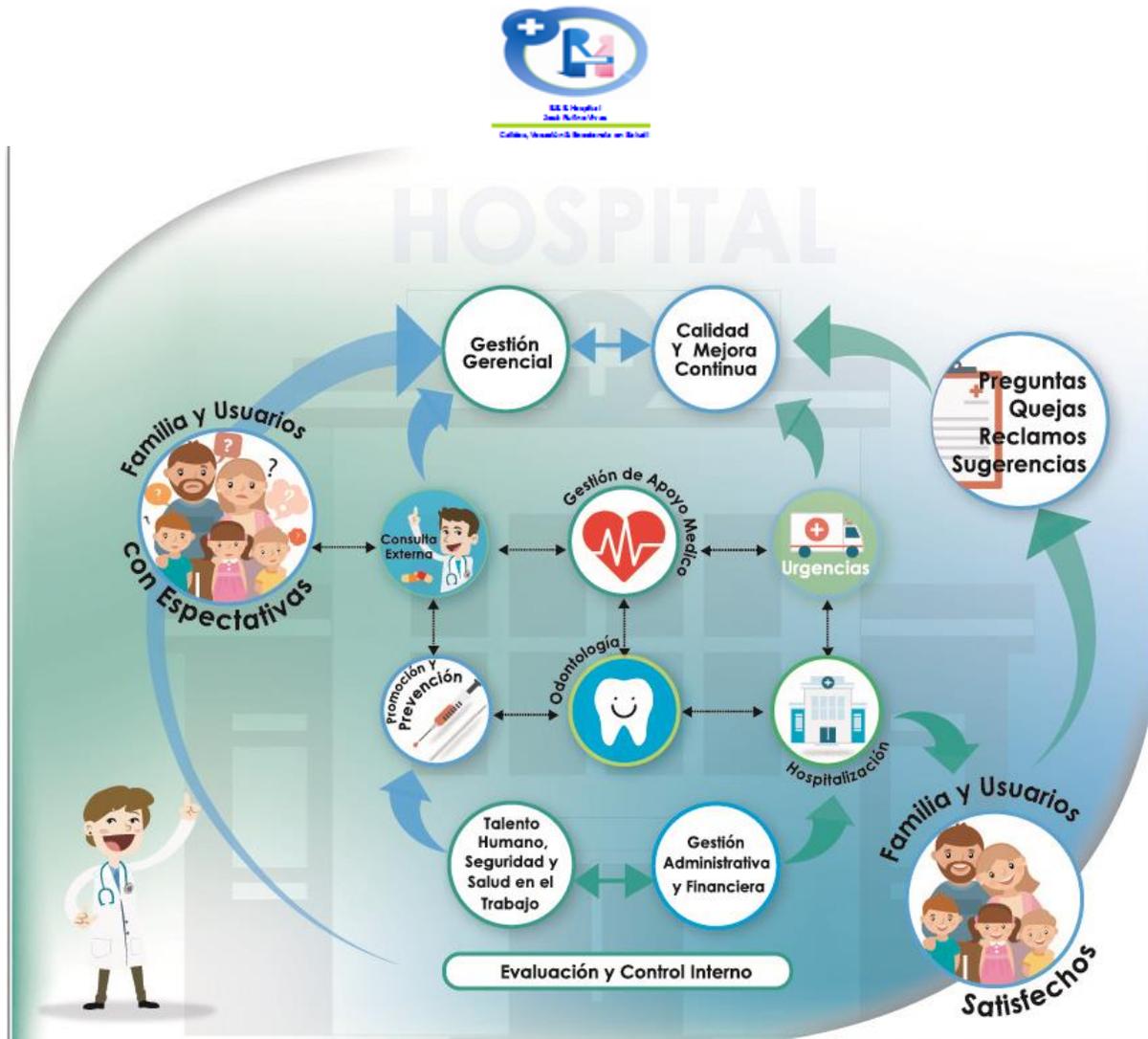
El alcance del sistema de gestión de la calidad del hospital José Rufino vivos de Dagua comprende servicios de salud de baja complejidad en: Consulta médica general, promoción y prevención, hospitalización, urgencias, odontología general, laboratorio clínico y vacunación.

#### 5. EXCLUSIONES DEL SISTEMA

No tiene aplicabilidad en el sistema de gestión de la calidad del hospital José Rufino vivos de Dagua el numeral 8.3 diseño y desarrollo, debido a que la organización no diseña productos nuevos, y su misión se centra en la prestación de servicios de salud establecidos por el estado Colombiano. Esta exclusión no exime al hospital José Rufino vivos de prestar un servicio que cumpla con los requisitos del cliente y los regulatorios aplicables al sector salud en Colombia.

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vespa Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

## 6. MAPA DE PROCESOS



 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vespa Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	<p>SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>

## 7. INTERACCION DE LOS PROCESOS Vs REQUISITOS

Matriz de requisitos ISO 9001:2015		GESTIÓN GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	CONTROL INTERNO	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	GESTIÓN FINANCIERA	GESTIÓN DE COMPRAS	GESTIÓN HUMANA	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	APOYO MEDICO
<b>4</b>	<b>CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b>												
4.1	Comprensión de la organización y su contexto												
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas												
4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad												
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos												
<b>5</b>	<b>LIDERAZGO</b>												
5.1	Liderazgo y compromiso												
5.1.1	Generalidades												
5.1.2	Enfoque al cliente												
5.2	Política												
5.2.1	Establecimiento de la política de la calidad												
5.2.2	Comunicación de la política de la calidad												
5.3	Roles, responsabilidades y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN												
<b>6</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>												
6.1	Acciones para abordar los riesgos y oportunidades												
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos												
6.3	Planificación de los cambios												
<b>7</b>	<b>APOYO</b>												
7.1	Recurso												
7.1.1	Generalidades												
7.1.2	Personas												
7.1.3	Infrasestructura												
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos												







E.S.E. Hospital  
José Rufino Veses  
Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

Código: M - CA

Versión: 04

Fecha: Noviembre de 2017



ISO 9001  
Icontec



SC-CER185565 CO-SC-CER185565

Objetivo	Estrategias DOFA	Estrategias para el logro del objetivo.	Indicador de Gestión	Procesos participantes
Ampliar la cobertura de la atención en la prestación de servicios.	1. Ampliar la cobertura de los servicios extramurales y servicios amigables de salud.	1. Garantizar el cumplimiento del cronograma de salidas extramurales y de servicios amigables.	porcentaje de cumplimiento al cronograma de salidas extramurales	*Promoción Y Prevención
			*porcentaje de cumplimiento al cronograma de salidas servicios amigables	*Promoción Y Prevención
	2. Garantizar el cumplimiento de los requisitos del gobierno para los programas de PyP	* realizar planificacion para las actividades que se deben ejecutar para el cumplimiento de las metas de cada uno de los programas de pyp del primer nivel de atencion	* Cumplimiento de metas	*Promoción Y Prevención
Mejorar las competencias de los colaboradores de la Institución.	Fortalecer el programa de formación institucional según los resultados de las evaluaciones de desempeño.	* Monitorear ejecución del plan de Capacitaciones implementado en la institución .	* Cumplimiento plan de capacitaciones	*Talento Humano
		* Ejecución de evaluación de competencias al personal en periodos establecidos.	* Evaluacion de competencias	
		* Realizar capacitaciones en temas transversales al desarrollo de la prestación del servicio como humanización del servicio, seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajo y temas ambientales.	*cumplimiento en el 90% del personal capacitado en los temas transversales	
Mejorar permanentemente la calidad y la humanización en la prestación de servicios de salud	1. Mantener la certificación en Iso 9001 en calidad 2. Mejorar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad con los estándares de acreditación	*1 Monitorear el cumplimiento de metas de los indicadores de los procesos	*Eficacia del SGC	*calidad
		* realizar las acciones del resultado de las oportunidades de mejora, resultado del pamec	* porcentaje de cumplimiento del pamec	* Calidad
		* Realizar monitoreo a la gestión en la prestación de los diferentes servicios de la institución.	Oportunidad en la asignación de citas	Consulta Externa
			Oportunidad en la atención del servicio de urgencias.	Urgencias
			Satisfacción al usuario	calidad y mejora continua
			Oportunidad en la asignación de citas	Odontología
			Quejas resueltas oportunamente	calidad y mejora continua
			Cumplimiento al programa de mtto	Gestión Administrativa y Financiera
			Desempeño de proveedores	Gestión Administrativa y Financiera
			Disponibilidad de la infraestructura de equipos biomédicos	Gestión Administrativa y Financiera
	Adherencia a guías	C,E,URG,HOSPI, ODON		
No conformes gestionados	C,E,URG,HOSPI, ODON,PYP G.A			
Establecer canales de comunicación efectivos y adecuados a las necesidades del hospital	* implementar un programa o guía de política de atención humanizada en la institución	* porcentaje de quejas por humanización del servicio	*calidad	
		*eventos adversos gestionados	*Procesos misionales	
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad de la población	Auditoria de historias clínicas, evaluando adherencia a guías y la pertinencia de las ayudas diagnósticas.	1. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades de PyP con mayor incidencia en morbilidad prevenibles y mortalidad evitables.	Promedio en Mortalidades presentadas por programa /cantidad de población en el programa y hta controlados y total de hta que inician control	*Promoción Y Prevención
		2. Realizar análisis de los resultados de las auditorias de historias clínicas para la pertinencia de ayudas diagnósticas		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

## 9. CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso de Gestión de Apoyo Médico.			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-AM	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Procesar y analizar muestras de laboratorio y toma de imágenes diagnósticas, con el fin de entregar resultados oportunos y confiables para contribuir en el manejo adecuado de los pacientes.				
<b>Responsables</b>	Líder del proceso - Bacteriólogo.	<b>Participantes:</b>	Auxiliar de laboratorio, auxiliar de facturación, bacterióloga (o),		
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Orden médica y factura Muestras Requisitos Legales	Infraestructura, insumos y personal necesarios para el normal funcionamiento del servicio.  Entrega de resultados	Recepción y/o Toma de muestras e imágenes.  2. Clasificación de la muestra  3. Procesamiento y análisis de muestras e imágenes  4. Controles internos y externos de calidad en laboratorio clínico  5. Elaboración y transcripción de resultados  6. Entrega de resultados	Que la factura coincida con la orden médica. Cumplimiento de protocolos para toma de muestras e imágenes. Que la muestra cumpla requisitos y el usuario cumpla con las condiciones para toma de muestra e imágenes.  Procedimiento de acuerdo al examen solicitado.  Cumplimiento de Protocolos, guías y Procedimientos  Resultados dentro de los rangos y parámetros permitidos.  Concordancia de los datos del paciente con las muestras analizadas e imágenes tomadas.  Identificación del solicitante del resultado. Cumplimiento del tiempo en la entrega de los resultados.	Se registra NC, se devuelve la factura a la caja para corrección y se toman acciones. Se brinda instrucciones al paciente y se reprograma, si es necesario.  Se registra NC y se toman acciones  Se registra NC y se toman acciones  Se repite el procedimiento de verificación y se toman acciones  Se registra NC y se toman acciones  No se entrega el resultado. Se toman acciones.	Resultados oportunos, confiables y confidenciales
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Clientes del proceso</b>
Procesos misionales Usuarios	Ley 100 de 1993, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Ley 715/01, Decreto 3039/07. NTC ISO 9001:2015	*Falta de insumos y reactivos *Daño de equipos *Equivocación en la toma y entrega de resultados *Envío inoportuno de entrega de Exámenes. *Incumplimiento a estándar de consulta externa.	Procedimientos de laboratorio. Procedimientos de RX. <b>Registros</b> Libro de reg. de entrega de resultados, control de calidad int. (gram), control de inventario, seguimiento TSH, reg. Envío muestras de lab y envío muestras lab. Libro radiografías tomadas.	* No conformes gestionados * Control de calidad externo. * Eventos adversos. * Control de calidad interno	Procesos misionales Usuarios
* Líder del proceso - Calidad			<b>Aprobó</b> Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 IContec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b>			 <p>ISO 9001 IContec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Caracterización: Proceso de Gestion estrategica y Gerencial				
	codigo: C-GG	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Establecer las directrices y lineamientos que permitan contribuir con el cumplimiento de la misión, logro de los objetivos organizacionales y mejoramiento continuo con el fin de asegurar la rentabilidad social, mantener el equilibrio financiero y brindar satisfacción a los clientes				
<b>Responsable</b>	Gerente		<b>Participantes:</b>	Todos los procesos	
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Disposiciones de la junta Necesidades institucionales Requisitos Legales	Formulación del plan de desarrollo. Planificación del S.G.C Presupuesto Revision por la dirección del SGC	1. Definir responsabilidades y autoridades. 2. Establecer la plataforma estrategica. 3. Definir objetivos de la Calidad 4. Establecer directrices gerenciales 5. Revisión por la dirección 6. Seguimiento y control al plan estratégico 7. Ejecutar presupuesto	1. Difusion y cumplimiento. 2. Que sea difundida y entendida. 3. Que sean medibles y coherentes con la política. 4. Cumplimiento de compromisos adquiridos. 5. Cumplimiento de las fechas planificadas 6. Cumplimiento de metas establecidas 7. Cumplimiento de acuerdo con lo planeado	1. Difundir 2. Difundir y evaluar. 3. Replantear objetivos. 4. Replantear estrategias que permitan lograr el cumplimiento de actividades 5. Reprogramar. 6. Replantear estrategias que permitan lograr el cumplimiento de actividades 7. Se ajusta y se toman acciones	Directrices claras Plan de desarrollo ejecutado
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgod Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Cientes del proceso</b>
Junta directiva	Ley 715/01, Ley 100/93, Ley 1122/07, Decreto 1011/06, Decreto 1698/07, Decreto 357/08, Decreto 4747/07, Resolución 473/08, Circular 047/07, Resolución 1043/06, Resolución 1446/06, Resolución 5261 /94, Decreto 4741/05, Resolución 1441/13 Norma ISO 9001:2016,	*Peculado *Reporte inoportuno a los entes de control *Ilíquidez de la institución *Desastres naturales y terrorismo	Plan de Desarrollo Carpeta gencial Actas de revisión por la dirección	Cumplimiento de los objetivos estrategicos y de la calidad	Junta directiva
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Subgerente administrativo - Coordinador de calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso Hospitalización			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-HS	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Realizar tratamiento intrahospitalario asegurando el cumplimiento de requisitos en un entorno seguro para el paciente, con el fin de mejorar su estado de salud.				
<b>Responsable</b>	Lider del proceso - Enfermera	<b>Participantes:</b>		Coordinador Medico, Coordinador de enfermería, Jefe de facturación, coordinador de laboratorio clínico.	
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos.  Dispositivos e insumos medicos para hospitalización, esterilización y partos	Insumos, infraestructura, recurso humano.  Turnos y asignación de funciones para el personal del servicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>Recepción del paciente al ingreso del servicio.</li> <li>Atención del paciente / tratamiento intrahospitalario.</li> <li>Hospitalización Partos y neonatos</li> <li>Remisión de Pacientes a otro nivel de atención</li> <li>Revista médica</li> <li>Alta de pacientes</li> <li>Entrega de turnos</li> <li>Esterilización de dispositivos e insumos médicoquirúrgicos de manera segura.</li> </ol>	<p>Estado general del paciente, ordenes médicas y orden de hospitalización.</p> <p>2. Consignación en la HC de la evolución del paciente, Diligenciamiento y adherencia a guías de atención</p> <p>Pertinencia del diagnóstico</p> <p>Pertinencia de la remisión y soportes.</p> <p>Que se realice con el personal requerido, se consigne evolución y ordenes en la HC. y registro de la entrega de turno respectiva.</p> <p>Estado de salud del paciente, documentos de egreso y formula médica.</p> <p>Kardex de pacientes hospitalizados, evolución del paciente y cumplimiento de ordenes medicas consignados en la historia clínica. Registro de entrega de turno.</p> <p>Cumplimiento de condiciones y requisitos de los insumos y los dispositivos médicoquirúrgicos que ingresan al área de esterilización.</p>	<p>Se registra no conforme y se toman acciones</p> <p>Se registra no conforme y se toman acciones</p> <p>Se toman acciones.</p> <p>Se registra NC y se toman acciones.</p>	Paciente estable con diagnóstico y tratamiento definido
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>		<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Cientes del proceso</b>
Aseguradoras Usuarios particulares Secretaría de salud mpal	Resolución 1995 de 1999, Ley 23 del 81 Código de Ética Médica, Resolución 3374 del 2000 (Rips; anexo técnico No. 1 -Epicrisis). Norma ISO 9001:2016		Guías y protocolos médicos <b>Registros</b> Historia clínica, planes de enfermería (ginecobstétrico, pediátrico, hospitalización, EDA, enfermedades infecto contagiosas, IRA, celulitis,). Inventario de medicamentos (cuarto hospitalización, sala de partos, kit de emergencia obstétrica, kit de abuso sexual), entrega de turno, dietas pacientes, indic. químico, indic. biológico, control de material realizado, entrega de material y equipos esteriles,	*No conformes gestionados oportunamente *Eventos adversos *Adherencia a guías y protocolos de atención *Cumplimiento de esterilización	Procesos misionales Aseguradoras Familia Estado Otras IPS Secretaría de salud mpal
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Lider del proceso - Coordinadora de calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso Odontología			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-OD	Versión: 04	Vigencia: Junio 2016		
<b>Objetivo</b>	Realizar consulta odontológica general con el fin de diagnosticar, definir conducta y realizar los tratamientos de acuerdo al nivel de atención, asegurando el cumplimiento de requisitos.				
<b>Responsable</b>	Lider del proceso -odontóloga		<b>Participantes:</b>	Coordinador odontológico, Jefe de facturación, Auxilires de odontología.	
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos.	Insumos, infraestructura, recurso humano.  Agenda odontológica	1. Asignación de cita	Disponibilidad de agenda odontológica, aseguradora a la que pertenece el usuario.	Se brinda informacion al usuraio y se direcciona según la necesidad.	Usuario satisfecho con tratamiento odontologico y diagnostico definido
		2. Recepción de usuario en el servicio	Inclusion del usuario en la agenda odontologica, facturación del procedimiento requerido.	Se brinda la atención al paciente, se direcciona a facturación y se toman acciones.	
		3. Atención de pacientes y definir conducta	Cumplimiento de protocolos y guías de atención	Se registra NC y se toman acciones .	
		4. Diligenciamiento y/o apertura de historia clínica	Diligenciamiento correcto de HC y registros respectivos.	Se registra NC y se toman acciones	
		5. Remisión de pacientes a otro nivel de atención, servición o especialista	Pertinencia de la remisión y documentos soportes	Se registra NC y se toman acciones	
		6. Solicitud de insumos odontologicos	Fechas de vencimiento, condiciones de almacenamiento y stoc	Se realiza devolución almacen. Se registra NC y se toman acciones.	
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Cientes del proceso</b>
Urgencias Consulta ext. PYP Aseguradoras Usuarios particulares Secretaria de salud mpal	Resolución 1995 de 1999, Ley 23 del 81 Código de Ética Médica, Decreto 2200 del 2002, Decreto 1011 del 2006 Decreto 4747 de 2007 Norma ISO 9001:2015	*Evento Adverso odontologico *Falta de insumos para realizar los procedimientos. *Accidente de riesgo Biologico. * Daños equipos de odontología.	Procedimientos, guías y protocolos odontologicos.  <b>Registros:</b> Consentimiento informado, agenda odontologica, historia clinica, registro de insumos médicos, complicaciones odontológicas, descarte de las fresas y zecrias,	* NC gestionados oportunamente. * Eventos adversos gestionados. * Adherencia a protocolos y guías de atención. * Tratamientos odontológicos terminados. * Oportunidad en la asignación de citas odontológicas.	Aseguradoras Familia Otras IPS Secretaria de salud mpal
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Lider del proceso - Coordinadora de Calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso Promoción y Prevención			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-PYP	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Promover programas orientados a la reducción del riesgo por causas evitables, garantizando la salud colectiva para impactar positivamente las metas establecidas.				
<b>Responsable</b>	Lider del proceso - Enfermera	<b>Participantes:</b>	Coordinador medico científica, Coordinadora de enfermería, Jefe de facturación, Jefe de estadística.		
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos. Normatividad vigente Recursos Físicos y Humanos Directirces Ministeriales	Plan de intervenciones colectivas. Jornadas de salud. consulta medica extramural Personal e insumos requeridos Seguimiento a programas.	1. Demanda Inducida	Información adecuada al paciente	Se informa al usuario y se remite al servicio respectivo.	Pacientes controlados y con minimos factores de riesgo.
		2. Prestación del servicio de acuerdo a los diferentes programas de promoción y prevención (intramural y rural)	Cumplimiento a la adherencia a Guías de Atención/normatividad.	Se registra NC y se toman acciones	
		3. Remisión de pacientes a especialista/remisión entre programas	Pertinencia de la remisión y diligenciamiento de la documentación respectiva.	Se registra NC y se toman acciones	
		4. Actualización de registros de la historia clínica (R-FAST)	Diligenciamiento correcto y completo de los registros	Se registra NC y se toman acciones	
		5. Seguimiento a los pacientes captados y controlados	Cumplimiento del cronograma de visitas, jornadas de salud y asistencia de los pacientes a la cita.	Se registra NC, se contacta al paciente y se reprograma cita.	
		6. Actividades extramurales (educación comunitaria, consultas)	Cumplimiento de las actividades programadas	Se registra NC y se reprograman o replantean actividades	
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>		<b>Cientes del proceso</b>
Aseguradoras Secretaria de salud municipal	Ley 100/ 93, Resolucioin 412, Resolucion 1438 NTC-ISO 9001:2015, Norma 1122, Resolución 4505	*Eventos Adversos *Cobertura no efectivas *Toma inadecuada de citologías *Peculado por apropiación de medicamentos	Guías de atención, Procedimientos, Cronograma de actividades de programas. <b>Registros:</b> Registro demanda inducida, reg. Diario de vacunación, movimiento mensual de biológicos, semaforización de biológicos, limpieza de neveras y refrigerador. PAI, vacunación aplicada, reg. pacientes de alto costo (digital), registro de stock de medicamentos de zona rural.	* No Conformes gestionados oportunamente *Proporción de pacientes embarazados que fueron inscritas en el programa CPN antes de la semana 12 de gestión. *proporción de pacientes embarazadas devueltas sin atención médica. *Evaluación de aplicación de la guía:HTA en los pacientes dignosticados como hipertensos. *Evaluación de aplicación de la guía: C y D en los niños menores de 10 años. * No. de niños de 3 a 5 años hospitalizados*Neumonía. * No. de niños de 3 a 5 años hospitalizados por EDA (deshidratación severa)	Usuarios y familias. Aseguradoras Secretaria de salud municipal.
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Lider del proceso - Coordinadora de Calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso Urgencias			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-UR	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Brindar servicios orientados a estabilizar al paciente y mejorar su estado de salud, mediante el cumplimiento de requisitos, en una cultura de seguridad del paciente.				
<b>Responsable</b>	Líder del proceso - Enfermera	<b>Participantes:</b>	Jefe de enfermería, Coordinador médico, Médicos, jefe de facturación.		
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos.	Insumos, infraestructura, recurso humano.  Turnos del personal del servicio	1. Admisión del usuario al servicio	paciente está en una base de datos e ingreso al sistema R-fast	Se informa al paciente y se direcciona.	Paciente con diagnóstico y tratamiento definido
		1. Recepción del paciente al ingreso al servicio	verificar triage, diagnostico y estado general del paciente	Se informa al paciente y se direcciona.	
		2. Apertura de historia clínica	Diligenciamiento correcto y cumplimiento de requisitos para apertura de HC	Se registra no conforme y se toman acciones	
		3. Aplicación de guías y protocolos médicos	Pertinencia de las guías y protocolos (adherencia a guías y protocolos)	Se registra no conforme y se toman acciones	
		4. Observación y evolución del paciente	Cumplimiento de ordenes médicas, registro evolución del paciente en la historia clínica.	Se registra no conforme y se toman acciones	
		5. Remisión de pacientes a otro nivel de atención.	Pertinencia de la remisión Y diligenciamiento de los documentos	Se registra no conforme y se toman acciones	
		6. Egreso del paciente	Estado de salud del paciente, ordenes médicas	Se toman acciones	
7. Entrega de turnos	Consignación de la evolución del paciente en la historia clínica, cumplimiento de las ordenes médicas y registro de entrega de turnos	Se registra no conforme y se toman acciones			
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Cientes del proceso</b>
Aseguradoras Usuarios particulares Secretaría de salud municipal	Resolución 1995 de 1999 Ley 23 del 81 Código de Ética Médica Norma ISO 9001:2008	*Eventos Adversos *Barreras de acceso al servicio de urgencias *Mala Praxis Medica *mortalidad *Reingreso de Pacientes	Guías y protocolos médicos <b>Registros</b> Registro Triage, inventario de medicamentos, cuaderno de inyectología, historia clínica, inventario carro de paro, temperatura, inventario ambulancia recibo y entrega de turno	* No conformes gestionados. * Eventos adversos * Oportunidad en la atención (MEDICO) * Adherencia a guías y protocolos de atención * proporción de remisiones * Reingresos	Procesos misionales Aseguradoras Familias Secretaría de salud municipal
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Líder del proceso - Coordinadora de calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso Consulta Externa			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-CE	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Prestar atención ambulatoria en consulta médica general con el fin de emitir diagnósticos y brindar tratamientos médicos de acuerdo al nivel de atención.				
<b>Responsables</b>	Lider del proceso - Coordinador médico	Participantes:	Coordinador médico, Médicos, Jefe de Enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares de facturación, auxiliar administrativo. Ventanilla única.		
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos. Normatividad vigente	Insumos, infraestructura, equipos biomedicos y recurso humano. Cuadro de Turno Medicos	1. Recepción del usuario al servicio. 2. Atención del paciente por profesional asignado 3. Diligenciamiento y/o apertura de Historia Clínica y registros asistenciales 4. Aplicación de las guías y protocolos de atención. 5. Asigno Tratamiento o Remisión de pacientes a otro nivel, hospitalización o especialista.	Datos del usuario ingresados en la base de datos. Cumplimiento de protocolos y guías de atención. La HC y registros se encuentren complemente diligenciados y con la información respectiva. Pertinencia en el cumplimiento de las guías y protocolos. Pertinencia de la remisión (tipo de remisión que requiere el paciente según DX). Auditoria Medica	Se registra no conforme y se toman acciones. Se registra en plan de mejoramiento y se realiza seguimiento respecto. Se registra no conforme y se toman acciones. Se registra no conforme y se toman acciones. Se registra no conforme y se toman acciones.	Paciente atendido, con diagnóstico y tratamiento médico definido.
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Cientes del proceso</b>
Aseguradoras Usuarios particulares Secretaría de salud mpal Pacientes por eventos Pacientes Contributivos Pacientes Portabilidad	Resolución 1995 de 1999, Ley 23 del 81 Código de Ética Médica, Decreto 2200 del 2002, Decreto 1011 del 2006 Decreto 4747 de 2007. Norma ISO 9001:2015	*incumplimiento al estandar de consulta externa. *No adherencia a protocolos de atencion *Diagnostico incorrecto *Aumento de ocurrencia de eventos adversos	Procedimientos, manuales y guías médicas. Protocolos <b>Registros</b> Historia clinica,	* Tiempo de espera en sala. * NC gestionados oportunamente. * Adherencia a guías y protocolos. * Eventos adversos. * Oportunidad en la asignación de citas	Procesos misionales Aseguradoras Familia Estado Otras IPS Secretaría de salud mpal
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Lider del proceso - Coordinadora de calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivás Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivás Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>		
	Caracterización: Proceso Gestion Administrativa y Financiera					
	Codigo: C-GA	Versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016			
<b>Objetivo</b>	Realizar actividades para asegurar la disponibilidad y confiabilidad de la infraestructura, suministro de bienes y servicios, que permitan la adecuada prestación del servicio garantizando un equilibrio financiero en el tiempo.					
<b>Responsable</b>	Lider del proceso - subgerente administrativa	<b>Participantes:</b>	Coordinador compras, almacen y mantenimiento, Área financiera, Coordinador de servicios generales			
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>	
Infraestructura. Requerimientos de bienes y servicios. Inventario inicial de almacen y activos fijos. Información financiera	Todas las compras de la institución	Selección y seguimiento al desempeño de los proveedores	Cumplimiento de los criterios de selección y seguimiento	Se rechaza o se retroalimenta al proveedor	Infraestructura disponible y confiable. Bienes y servicios cumpliendo requisitos Información oportuna y confiable Entrega de informes a la gerencia, junta directiva y entes de control Estados financieros confiables y oportunos	
	Reevaluación y retroalimentación de proveedores	Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura.	Realizar las compras según lo planeado y las necesidades presentadas	Cumplimiento a las fechas establecidas según cronograma de mantenimiento preventivo. Disponibilidad y confiabilidad de la infraestructura.		Se ajusta las fechas y se toman acciones.
	Mantenimiento a la infraestructura.	Almacenamiento de insumos	Realizar el plan de compras y cumplimiento de requisitos del producto comprado.	Cumplimiento de especificaciones de almacenamiento.		Se realiza devolución y se retroalimenta al proveedor
	Recibo y entrega de bienes e insumos	Entrega de bienes e insumos	Oportunidad y especificaciones del requerimiento.	Se registra NC y se toman acciones		Se reubica y se toman acciones
	Actualización del PGIRHS	Realizar inventario	Concordancia del inventario físico con lo registrado	Se registra NC y se toman acciones		Se registra NC y se toman acciones
	Proyección del presupuesto	Custodia y almacenamiento de las historias clínicas	Registro de entrega y devolución de HC al archivo, que la documentación contenida en la HC este completa. Correcto y adecuado archivo de las HC.	Se registra NC y se toman acciones		Se realiza ajuste y se toman acciones
	Identificación de los procesos contables	Ejecución del PGIRHS	Cumplimiento de las actividades contenidas en el PGIRHS	Se realiza ajuste y se toman acciones		Revisión y análisis del comportamiento de la ejecución del presupuesto
	Agendas médicas.	Ejecución del presupuesto	Cumplimiento a lo presupuestado	Revisión y análisis del comportamiento de la ejecución del presupuesto		Se toman acciones
	Disponibilidad de infraestructura, recurso humano y tecnológico.	Asignación de citas	Disponibilidad de agenda médica	Se toman acciones		Datos del documento correspondan a los ingresados al sistema.
		Ingreso de pacientes al sistema	Datos del documento correspondan a los ingresados al sistema.	De registrarse no conformidad y se realiza la corrección		Se registra no conforme y se realiza el ajuste.
	Facturación de servicios.	Registros adecuados de datos en la factura. Arqueo de caja	Se registra no conforme y se realiza el ajuste.			
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Clientes del proceso</b>	
Todos los procesos. Proveedores externos. Entes externos	Resolución 1995/99, Decreto 1011 de 2006, Resolución 001541/03, Decreto 2309 de 2002, Resolución 441/13. NTC-ISO 9001:2015	<b>SERVICIOS GENERALES</b> *Infección cruzada *accidente en el momento de realizar las labores de aseo, al hacer caso omiso a las señales de prevención <b>ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN</b> *perdida de historia clínica *perdida de documentación soporte de historia clínica <b>ALMACEN Y MANTENIMIENTO</b> *Entrega inoportuna de pedidos *Hurto *Daño en equipos biomédicos <b>SISTEMA DE LA INFORMACIÓN</b> *Perdida de información *Virus informático *Manipulación y adulteración de la información *Perdida de documentos e información	Procedimiento de compras, PGIRS, procedimiento financiero, Registros Desempeño de proveedores, Cronograma de aseo, orden de servicio, orden de compra.	* Desempeño de los proveedores * Cumplimiento al programa de mantenimiento de equipos biomédicos * Oportunidad en la entrega de insumos y medicamentos. * Disponibilidad de la infraestructura de equipos biomédicos * Porcentaje de cumplimiento del PGIRHS * Rotación de cartera régimen contributivo * Rotación de cartera régimen simplificado * Gestión de glosas	Todos los procesos. Entes de control. Usuarios	
<b>Elaboró</b>		<b>Aprobó</b>				
Lider del proceso - Coordinadora de Calidad		Gerente				

 <p>ESE Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>ESE Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b> Caracterización: Proceso Calidad y Mejora continua			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Código: C-CA	versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Planificar e implementar actividades de seguimiento, medición y análisis al desempeño de los procesos, gestión de quejas y satisfacción del cliente, para asegurar la eficacia del SGC.				
<b>Responsables</b>	Coordinadora de calidad / Jefe de control interno		<b>Participantes:</b>	Todos los procesos	
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
<p>Directrices gerenciales</p> <p>Necesidades de mejoramiento de procesos.</p> <p>Información del desempeño de los procesos.</p> <p>Requisitos del SGC</p> <p>Quejas e informacion de la satisfacción del cliente.</p>	<p>1. Cronograma de actividades del SGC.</p> <p>2. Programación Auditorías internas (PAMEC, SGC)</p> <p>3. Actividades de mejoramiento resultado de las auditorías.</p> <p>4. Cronograma de revisión de indicadores.</p> <p>5. Aplicación de encuestas de satisfacción</p>	<p>1. Definición e implementación de la estructura documental</p> <p>2. Seguimiento al desempeño de los procesos</p> <p>3. Recopilar informacion del desempeño del SGC</p> <p>4. Ejecucion de auditorías Internas</p> <p>5. Seguimiento y control de No conformes</p> <p>6. Implementacion de AC/AP/AM</p> <p>7. Recepcion y gestion de quejas</p> <p>8. analisis de las encuestas de satisfaccion</p>	<p>1. Cumplimiento de requisitos de la documentación</p> <p>2. Cumplimiento de metas a través de indicadores de gestión</p> <p>3. Informacion requerida para el reporte de indicadores este completa</p> <p>4. Cumplimiento del plan de auditoría</p> <p>5. Ejecucion y eficacia de las acciones implementadas.</p> <p>6. Eficacia de las acciones implementadas.</p> <p>7. oportunidad en la respuesta. Satisfacción del cliente</p> <p>tamaño de muestra y nivel de satisfaccion</p>	<p>1. Se toman acciones y se brinda reinduccion al personal involucrado.</p> <p>2. Se toman acciones</p> <p>3. Solicitar informacion formalmente (por medio de circular)</p> <p>4. Reprogramar, replantear estrategia y ajustar actividades</p> <p>5. Se registra un no conforme y se toman acciones.</p> <p>6. Se reevaluan las acciones implementadas.</p> <p>registra la no conformidad y se toman acciones. Replantear soluciones</p> <p>se ajusta la muestra y se toman acciones</p>	Eficacia del SGC
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Clientes del proceso</b>
<p>Todos los procesos</p> <p>Aseguradoras,</p> <p>Usuarios particulares</p>	<p>Norma ISO 9001:2008</p> <p>Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2005, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1445 de 2006, Resolución 1446 de 2006, NTCGP 1000:2003,</p>	<p>Procedimientos de obligatorio cumplimiento, Manual de la calidad, Caracterización del proceso, Procedimiento de quejas y satisfacción</p> <p><b>Registros:</b></p> <p>Listado maestro de registros, matriz de control documental, Control de distribución documental, Registro NC, AC/AP, Plan de auditoría, Lista de chequeo auditorías internas, encuestas de satisfacción, Registro de quejas.</p>	<p>*incumplimiento a las auditorías programadas</p> <p>*No cumplir los requisitos de habilitación</p> <p>*No actualización de protocolos, Guías</p> <p>*No respuesta a las quejas y reclamos.</p> <p>*no seguimiento al cierre de los hallazgos de las auditorías internas</p> <p>*Violación de derechos constitucionales</p>	<p>*Eficacia del SGC</p> <p>* Índice de satisfacción del cliente</p> <p>* Quejas resueltas oportunamente.</p> <p>* No conformes gestionados</p>	<p>Todos los procesos</p> <p>Aseguradoras</p> <p>Usuarios particulares</p> <p>Procesos misionales</p>
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Coordinador de calidad			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivas Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Caracterización: Proceso Evaluación y Control Interno				
	Código: C-CI	versión: 02	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Asesorar y realizar seguimiento, control y evaluación a los diferentes procesos para establecer acciones de mejora.				
<b>Responsables</b>	Asesor de control interno		<b>Participantes:</b>	Todos los procesos	
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Información del desempeño de los procesos.  Requisitos del Modelo Estandar de Control Interno	auditorías internas.	Seguimiento al desempeño de los procesos	Cumplimiento de metas a través de indicadores de gestión	Se toman acciones	Plan de desarrollo ejecutado
	Programación Auditorías internas	Ejecucion de auditorías Internas	Cumplimiento del plan de auditoria	Reprogramar, replantear estrategia y ajustar actividades	
	Actividades de mejoramiento resultado de las auditorías.	Seguimiento y control de hallazgos detectados en auditorías internas y externas	Ejecucion y eficacia de las acciones implementadas.	Se registra hallazgos y se toman acciones.	
	Etapas de implementacion del MECI	Implementacion de AC/AP/AM	Eficacia de las acciones implementadas.	Se reevaluan las acciones implementadas.	
		Ejecucion de actividades del MECI	Cumplimiento de elementos del MECI	Se toman acciones.	
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Clientes del proceso</b>
Todos los procesos	MECI 1000/05, Ley 87/93, Decreto 1826/94, Decreto 1599/05, Decreto 1474 de 2011.	*incumplimeto al plan anual de auditorias *No presentacion oportuna de informes a los entes de control. *No Seguimiento oportuno planes de mejoramiento.	Procedimientos de auditoria interna, informe anual de control inertno, evaluacion de control inertno y planes de mejoramiento, Caracterizacion del proceso. Registros: Plan de auditoria, plan de mejoramiento, informes de auditorias.	*cumplimiento del plan de auditoria	Todos los procesos
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		
Coordinador de calidad / Jefe MECI			Gerente		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivás Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vivás Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS</b>			 <p>ISO 9001 Isonet SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>	
	Caracterización: Proceso Talento Humano, Seguridad y salud en el trabajo				
	Código: C-TH	Versión: 04	Vigencia: Diciembre de 2016		
<b>Objetivo</b>	Garantizar el personal competente, motivado y comprometido, que contribuya al logro de los objetivos propuestos por la dirección y el cumplimiento de la misión institucional. Así mismo coordinar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de los mismos.				
<b>Responsable</b>	Lider del proceso	<b>Participantes:</b>	Todo personal de la institución.		
<b>ENTRADAS</b>	<b>PLANEAR</b>	<b>HACER</b>	<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>	<b>RESULTADO</b>
Necesidad y requerimiento de personal  Personal elegido por la CNSC  Personal de SSO	Plan de capacitaciones del personal.  Evaluaciones del personal.  Medicion de clima organización.  Liquidacion de nomina  Gestion de seguridad y salud en el trabajo  Diagnostico preliminar del sistema de seguridad y salud en el trabajo	1. Selección y vinculación de personal	Cumplimiento de requisitos legales y perfil del cargo a ocupar	Se rechaza o acepta bajo se incluye en el programa de formación	Personal comprometido competente, motivado y con las condiciones de seguridad para desarrollar su trabajo
		2. Contratación de personal ó nombramiento	Cumplimiento de requisitos para la contratación ó nombramiento.	Se rechaza y toman acciones	
		3. Inducción	Cumplimiento al plan de inducción	Se registra NC y se reprograma nuevamente.	
		4. Evaluación de competencias	Nivel de competencia	Inclusión en el programa de formación.	
		5. Ejecución del plan de capacitaciones o mejoramiento a competencias	Cumplimiento en fechas y temas programados	Se reprograma y ajusta contenido.	
		6. Liquidación de nómina	Novedades y correspondencia de valores	Se ajusta	
		7. Ejecución del sistema de seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento del programa y eficacia de las actividades.	Se toman acciones	
<b>Proveedores</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Riesgos Significativos</b>	<b>Documentos soportes</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Cientes del proceso</b>
Todos los procesos CNSC Secretaría Depal de Salud Colmena ARL	Ley 909 /2004, Decreto 2539, Decreto 1227, Decreto 137 (evaluación del desempeño), decreto 1443 de 2014, ley 1562 de 2012 NTC-ISO 9001:2015	*Aplicación inadecuada de la normatividad legal vigente *Faltencias en la selección y vinculación del talento humano +Ausentismo laboral *Accidente laboral	Manual de funciones Procedimiento de talento humano Reglamento interno e trabajo <b>Registros:</b> Evaluación de competencias, reg. de asistencia, solicitud de permisos, inducción y reincidencia.	*Evaluación de Competencias *Cumplimiento al plan de capacitaciones *Eficacia del sistema de seguridad y salud en el trabajo	Todos los procesos
<b>Elaboró</b>			<b>Aprobó</b>		

 <p>E.S.E. Hospital José Rufino Vespa Calidez, Vocación &amp; Excelencia en Salud!</p>	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>			 <p>ISO 9001 Icontec SC-CER185565 CO-SC-CER185565</p>
	Código: M - CA	Versión: 04	Fecha: Noviembre de 2017	

## CONTROL DE CAMBIOS

Control de cambios				
Fecha de Aplicación	Versión anterior	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Nueva versión
Enero 2014	01	Ajuste de actividades e inclusión de nuevos indicadores en las caracterizaciones.	Actualización del Sistema de Gestión de la Calidad.	02
Junio 2015	02	Ajuste de la plataforma estratégica, mapa de procesos y caracterizaciones.	Se actualiza la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, se ajustan las caracterizaciones de los procesos, se incluyen nuevos indicadores, y se establece dejar de llevar servicio al usuario como un proceso aparte, si no que haga parte del área de calidad.	03
Noviembre 2017	03	Proceso de transición de la norma iso 9001:2015	Las caracterizaciones de los procesos fueron ajustadas con el tema de riesgos e indicadores del proceso. Al igual que los planes de seguimiento y medición de los procesos y el anexo del contexto de la organización.	04

Elaboro: Coordinador de Calidad	Aprobó: Gerente
------------------------------------	--------------------