



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**

*"Hospital humano, hospital comprometido"*

**E.S.E. - II NIVEL**

**2019**

# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS



**PLANEACIÓN INSTITUCIONAL**

**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL**

**DE FUSAGASUGÁ**

**02/01/2019**



## **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

### **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

**Elaborado por:**  
**JULIÁN NIETO BELTRÁN**  
**Ingeniero Industrial**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ  
MACROPROCESO GERENCIAL  
PROCESO PLANEACIÓN  
AÑO 2019**



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS .....	4
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	4
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
3. ALCANCE .....	4
4. CONTENIDO .....	4
4.1. PARTE 1 .....	4
4.1.1. MISIÓN INSTITUCIONAL .....	4
4.1.2. VISIÓN INSTITUCIONAL .....	4
4.1.3. PRINCIPIOS Y VALORES .....	5
4.1.4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES .....	5
4.1.5. MAPA DE PROCESOS .....	6
4.1.6. ESTRUCTURA FUNCIONAL .....	7
4.1.7. DEFINICIONES .....	7
4.1.8. DOCUMENTOS QUE DEBE TENER CADA PROCESO O SUBPROCESO .....	8
4.1.9. PRESENTACIÓN, CODIFICACIÓN Y VERSION DE LOS DOCUMENTOS .....	9
4.1.10. COMPONENTES DE LOS DOCUMENTOS .....	9
4.1.11. SIMBOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE FLUJOGRAMAS .....	10
4.2. FORMATOS GESTIÓN DOCUMENTAL .....	11
4.2.1. CARACTERIZACIÓN DE PROCESO .....	12
4.2.2. PROCEDIMIENTO .....	14
4.2.3. PROTOCOLO .....	16
4.2.4. INSTRUCTIVO .....	18
4.2.5. MANUAL .....	19
4.2.6. OTROS DOCUMENTOS .....	21
4.2.7. DOCUMENTO EXTERNO .....	21
4.2.8. PRESENTACIONES INSTITUCIONALES .....	21
4.2.9. FORMATO DE CARTA .....	22
4.2.10. FORMATO DE ACTA .....	22
4.2.11. FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA .....	23



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

4.2.12. FORMATO DE ACTA PARA COMITÉS INSTITUCIONALES .....	24
5. BIBLIOGRAFÍA .....	25
6. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO.....	26
6.1. APROBACIÓN.....	26
6.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN).....	26
6.3. CONTROL DE COPIAS .....	26
6.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES .....	26



# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

## 1. INTRODUCCIÓN

El manual de procesos y procedimientos es una herramienta que permite a todo el personal de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá conformar la estructura del sistema integral de la calidad, ya que se integran acciones encaminadas a mejorar, estandarizar y agilizar el trabajo, y a su vez mejorar la calidad en la atención de los servicios de la E.S.E., comprometiéndose con la búsqueda de la operación por procesos de la entidad.

Este manual se encuentra dividido en dos partes, la primer parte contiene el componente institucional, teórico y conceptual, y en la segunda parte a través de un paso a paso se explican los componentes de cada uno de los documentos, indicando el que, como y donde plasmar la respectiva información.

Es importante señalar que el manual de procesos y procedimientos complementa en cierta medida al manual de calidad, y este a su vez es la base del sistema de calidad de la institución, y que a la par con el mejoramiento continuo permiten visualizar la eficiencia, la eficacia y la efectividad institucional. Adicional se tiene en cuenta que las normas no hacen el cambio, el cambio realmente nace desde; cada puesto de trabajo, cada atención al público, cada documento que se gestiona, etc. Es un cambio organizacional que permitirá mejorar la atención a los pacientes, la prestación adecuada en los servicios de salud y posicionar a la institución como un hospital humano y comprometido en la prestación de servicios de salud.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá de una herramienta metodológica que permita al sistema integrado de gestión de calidad robustecer su campo de acción y a su vez ser eficaz, eficiente y efectivo en la prestación de los servicios de salud.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer la actualización de los procesos y procedimientos.
- Dar instructivos para agilizar la actualización de los procesos y procedimientos.
- Proporcionar herramientas de autocontrol al hospital.
- Facilitar las labores de control, auditoría, evaluación y seguimiento.
- Buscar integrar la eficacia, eficiencia y efectividad al interior del hospital.
- Ser un insumo dentro de los programas de inducción, reinducción y capacitación institucional.
- Reducir el uso de papel en la E.S.E.

## 3. ALCANCE

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá con el manual de procesos y procedimientos busca la operación por procesos de la entidad, proporcionando lineamientos de como diligenciar los documentos que hacen parte fundamental de la estructura documental del hospital.

## 4. CONTENIDO

### 4.1. PARTE 1

#### 4.1.1. MISIÓN INSTITUCIONAL

"Somos un hospital que presta servicios de salud humanizados en la subred sur del departamento de Cundinamarca, comprometido con la calidad del servicio y la formación educativa, fundamentado en la atención segura e integral hacia nuestros grupos de valor".

#### 4.1.2. VISIÓN INSTITUCIONAL

"En el año 2028 seremos un hospital líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, con altos estándares de calidad, generando confianza y satisfacción en la comunidad".



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 4.1.3. PRINCIPIOS Y VALORES

**H**umanización  
**O**rden  
**S**olidaridad  
**P**asión  
**I**ntegridad  
**T**rabajo en equipo  
**A**ctitud  
**L**iderazgo

#### PRINCIPIOS:

- HUMANIZACIÓN: Brindamos una atención digna, oportuna y amable, respetando la confidencialidad en condiciones óptimas de seguridad para el paciente y su familia.
- ORDEN: Prestamos servicios de salud en ambientes adecuados y condiciones óptimas de limpieza en armonía con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- TRABAJO EN EQUIPO: Interiorizamos como normas orientadoras de nuestras acciones la comunicación asertiva y la articulación interdisciplinaria, encaminadas a la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

#### VALORES:

- SOLIDARIDAD: Todas nuestras acciones se encaminan en ayudar al otro desinteresadamente con sentido colectivo de colaboración mutua.
- PASIÓN: Amamos lo que hacemos, reconocemos que nuestra razón de ser es la salud de nuestros pacientes y sus familias, y es un privilegio para nosotros encaminar nuestras acciones hacia la calidad y efectiva prestación de servicios de salud.
- INTEGRIDAD: Hacemos lo correcto, somos honestos, nuestros actos se rigen por la transparencia y la veracidad de la información generando así ambientes de confianza y seguridad.
- ACTITUD: Reconocemos que nuestro compromiso es entusiasta aportando lo mejor de nosotros al servicio de la salud y reconocemos los derechos de los demás en cumplimiento de nuestros deberes.
- LIDERAZGO: Nuestras acciones son diligentes y prudentes, propiciamos un dialogo constructivo para la toma de decisiones pertinentes y oportunas, con conocimientos multidisciplinarios, disponibilidad de servicio y equilibrio en el buen obrar.

### 4.1.4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

**GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:** Diseñar e implementar la política institucional para la gestión del talento humano aplicando el modelo integrado de planeación y gestión, a fin de lograr que los colaboradores de la institución desarrollen sus actividades y funciones de acuerdo a las competencias y valores del servicio público, en pro de la mejora continua y la excelencia.

**GESTIÓN ESTRATÉGICA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD:** Fortalecer la gestión administrativa y de calidad en salud, fundamentado en la gestión por procesos, íntegros, transparentes, innovadores y efectivos.

**GESTIÓN ASISTENCIAL:** Garantizar la prestación de servicios de salud humanizados, que cumplan los principios de accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad.

**PROCESOS HUMANIZADOS:** Garantizar la prestación de servicios humanizados y centrados en el paciente.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

**GESTIÓN DEL RIESGO:** Implementar acciones continuas y sistemáticas para la prevención, mitigación y control de los riesgos que puedan afectar el desarrollo de la misión de la Empresa Social del Estado.

**GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA:** Realizar adecuación a la infraestructura a través del programa de mantenimiento físico, conforme a los requisitos de la normatividad vigente brindando seguridad y satisfacción a los grupos de valor.

**GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA:** Diseñar, implementar, innovar y mejorar el proceso de gestión de la tecnología de acuerdo al modelo integrado de planeación y gestión, que dé alcance a la identificación de las necesidades hasta su reposición y/o renovación.

**GESTIÓN AMBIENTAL:** Desarrollar estrategias que lleven a una cultura organizacional enfocada en el uso racional de recursos naturales y al manejo seguro de los residuos contribuyendo a la preservación y conservación del medio ambiente.

**GESTIÓN FINANCIERA:** Mantener los procesos financieros con indicadores favorables que permitan un modelo de sostenibilidad y equilibrio, cumpliendo los compromisos económicos y sociales establecidos.

### 4.1.5. MAPA DE PROCESOS

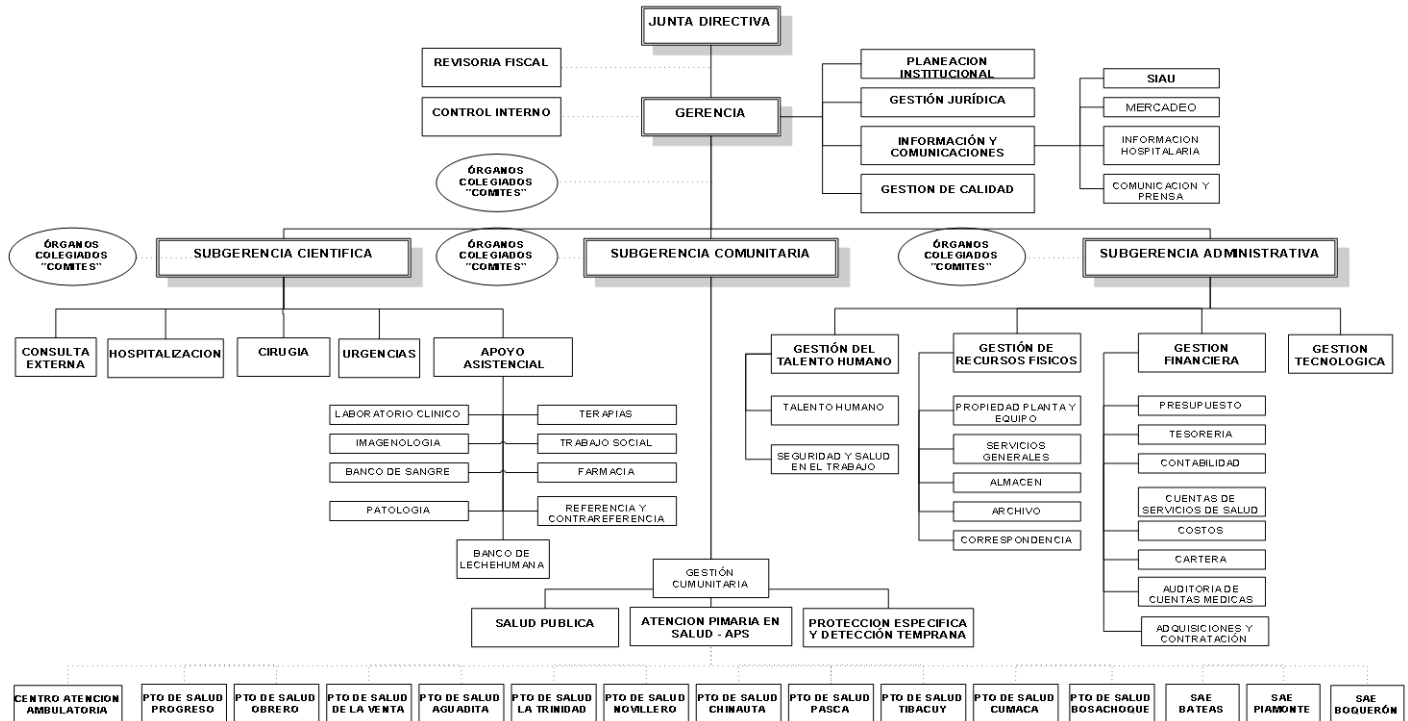






## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 4.1.6. ESTRUCTURA FUNCIONAL



### 4.1.7. DEFINICIONES

**ACTIVIDADES:** Son el conjunto de tareas que al desarrollarse permiten obtener un producto. Como hacen parte de un sistema, están en constante interacción para hacer más eficaz el proceso.

**CÓDIGO:** Conjunto de letras, números y/o símbolos que permiten identificar un documento en forma particular.

**DOCUMENTO:** Información que se acumula para ser comunicada en un momento determinado y por un motivo determinado.

**DOCUMENTO CONTROLADO:** Son todos los documentos generados que forman parte del sistema integral de calidad, sujetos de actualización cuando la original sufra cambios.

**DOCUMENTO INACTIVO:** Son aquellos que han perdido su vigencia con el paso del tiempo.

**DOCUMENTO INTERNO:** Término utilizado para designar al material escrito o contenido en otro medio, de manejo exclusivo de las diferentes áreas de la E.S.E.

**DOCUMENTO NO CONTROLADO:** Son aquellos que deben ser registrados y definidos en su archivo, pero no exige control y responsabilidad para informar y comunicar sus cambios.

**DOCUMENTO OBSOLETO:** Es un documento que ha perdido su vigencia tanto en contenido como en fecha.

**ENTRADAS:** Son los recursos y/o insumos con los cuales la organización elabora los productos, es decir, los bienes y/o servicios

**ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN:** Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.

**GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN:** Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica.

**INDICADOR:** Es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.

**LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS:** Es un listado que indica todos los documentos del sistema de gestión de calidad, especificando su código, nombre, fecha de aprobación, versión, soporte del documento, ubicación y protección del documento.

**MACROPROCESO:** Secuencia o grupo de procesos que gestionan y que interrelacionados en la entidad para el logro de la misión.





## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

**MACROPROCESO APOYO:** Los procesos de apoyo son aquellos administrativos y logísticos, y que dan la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales, de medición, análisis y mejora del hospital.

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

**MACROPROCESO GERENCIAL:** Son aquellos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y de revisión por la dirección.

**MACROPROCESO MISIONAL:** Incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto para el cumplimiento del objeto social o razón de ser de la entidad.

**MANUAL:** Conjunto de documentos en los que se consolida un sistema de gestión en la organización.

**MANUAL DE CALIDAD:** Documento que contiene los lineamientos para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E.

**MAPA DE PROCESOS:** Se define como la representación gráfica de los procesos y la operación de la entidad, estos diagramas se clasifican habitualmente en estratégicos o gerenciales, misionales o primarios, de apoyo o soporte y evaluación o control.

**PROCESO:** Es el conjunto de actividades interrelacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Conjunto de pasos que se realizan en forma sucesiva en distintas dependencias, con el objeto de transformar una serie de entradas en unas salidas (Bienes o servicios) deseadas, añadiendo valor.

**PRODUCTO/SERVICIO:** Resultado de un proceso o de un conjunto de procesos.

**PUNTOS DE CONTROL:** Son mecanismos que evitan que se generen desviaciones de los recursos en el buen desarrollo del proceso. Los controles pueden ser tanto internos como externos.

**REGISTRO:** Información de la cual se necesita un soporte de ejecución, con el fin de llevar control y consulta del mismo

**RIESGO:** Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro. Si bien no siempre se hace debe distinguirse adecuadamente entre peligrosidad (Probabilidad de ocurrencia de un peligro), vulnerabilidad (Probabilidad de ocurrencia de daños dado que se ha presentado un peligro) y riesgo para hablar de la ocurrencia ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades.

**SUBPROCESO:** Son las actividades que por su tamaño e importancia pueden dividir un proceso.

**VERSIÓN:** Numero que permite conocer las veces que se ha modificado el documento, siendo el número mayor la versión actual.

### 4.1.8. DOCUMENTOS QUE DEBE TENER CADA PROCESO O SUBPROCESO

TIPO DE DOCUMENTO	COD	DEFINICIÓN
MANUAL, PLAN O PROGRAMA	MA	Documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las tareas, funciones y procesos. Puede contener información, autorizaciones o documentos necesarios, equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda ayudar al correcto desarrollo de las actividades.
CARACTERIZACIÓN DE PROCESO	CA	Documento en el que se determinan las características de cada uno de los procesos como son, el objetivo del proceso, su responsable, los subprocesos que lo conforman, sus proveedores, insumos, productos y/o servicios y sus clientes.
PROCEDIMIENTO	PR	Constituyen un tipo de documento que permite escribir en forma exacta, técnica y secuencial la forma específica como un conjunto de actividades deben de ser realizadas. Se recomienda que los procedimientos definan como mínimo; quien hace que, donde, cuando, por qué y cómo.
PROTOCOLO	PT	Conjunto de normas y actividades a realizar en la ejecución de un procedimiento frente a una situación específica, el cual es de carácter obligatorio.
INSTRUCTIVO	IN	Describen de forma detallada el "como" desarrollar una actividad o tarea dentro de un procedimiento.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

FORMATO	FT	Forma estándar para describir datos e información, que al momento de ser diligenciado se convierte en un registro, pues constituye la evidencia de una acción realizada.
OTROS DOCUMENTOS	OD	Corresponde a otros documentos que deben hacer parte del sistema de gestión de calidad y por lo tanto es necesario que se encuentren codificados.
DOCUMENTO EXTERNO	DE	Escrito producido por otras entidades u organizaciones, que establecen directrices que sirven de referencia para el desarrollo de algunos procedimientos, según la pertinencia de los mismos.
GUIA DE PRACTICA CLINICA	GPC	Documento de uso médico que fue validado y gestionado para su implementación en la institución, teniendo en cuenta las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, como referencia para la atención de los pacientes en los procesos asistenciales

### 4.1.9. PRESENTACIÓN, CODIFICACIÓN Y VERSION DE LOS DOCUMENTOS

- Los formatos se deben diligenciar con letra Arial, tamaño N° 10 y sin espacio entre líneas ni párrafos.
- La asignación del código del documento y su respectiva versión es una tarea que corresponde solamente al proceso de planeación institucional, por lo tanto, abstenerse de modificar estas casillas.
- Para que el documento sea codificado, este debe estar diligenciado en su totalidad.
- A manera de conocimiento general, es importante que los usuarios conozcan y se apropien de los documentos para poder ejercer el autocontrol dentro de los documentos. Por lo tanto, a continuación, se muestra la forma como se les asigna el código a cada uno de los documentos. Ejemplo de codificación:

## PL-MA-02 V04

**PL:** Se refiere al proceso dueño del documento (planeación institucional).

**MA:** Corresponde al tipo de documento (manual).

**02:** Es el consecutivo del tipo de documentos dentro del proceso o subproceso.

**V04:** Relacionado con las veces que el documento se ha modificado o actualizado.

### 4.1.10. COMPONENTES DE LOS DOCUMENTOS

#### ENCABEZADO DEL DOCUMENTO

	<p>Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E - II NIVEL</p>	<p>Código y Versión PL-MA-02 V04</p> <p>Página 7 de 20</p>
<p>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</p>		

- Logotipo y slogan del hospital, los cuales son los aprobados por la gerencia.
- Código y versión de los documentos, cuyas indicaciones se dieron anteriormente.
- Página, se contempla el número de la página actual y el total de páginas.
- Nombre del documento, se relaciona con el tipo de documento que se está diligenciando y la descripción del mismo.

#### CUERPO DEL DOCUMENTO

Se plasman todos y cada uno de los aspectos técnicos que según la competencia del profesional son necesarias para realizar una atención adecuada y reglamentada según la normatividad.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### PIE DE PÁGINA

Una vez revisado tanto los aspectos técnicos como los metodológicos del documento, planeación institucional asigna la respectiva fecha de aprobación del documento, para luego poder imprimirlo y proceder con el trámite de las respectivas firmas.

Teniendo en cuenta la política de cero papel, se prohíbe toda impresión de los documentos, ya que por control documental el único documento físico es la versión vigente y este se encuentra en la oficina de planeación institucional, para la consulta y divulgación de los documentos el hospital dispone de herramientas informáticas que permiten su consulta ya sea dentro o fuera de la institución.

Los manuales, procedimientos, protocolos e instructivos, cuentan con la siguiente leyenda como pie de página:

***“Una vez impreso o descargado este documento se considera copia no controlada”***

Esta leyenda hace referencia a la restricción para imprimir los documentos.

Los formatos por su lado poseen la siguiente leyenda como pie de página:

***“Los formatos impresos no diligenciados se consideran como copia no controlada”***

### CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES

Los documentos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá se revisan y actualizan cada 3 años.

#### 4.1.11. SIMBOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE FLUJOGRAMAS




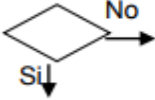

Un diagrama de flujo es la representación gráfica de la secuencia lógica de actividades para ejecutar un instructivo o procedimiento. Institucionalmente se estableció el diagrama tipo funciones cruzadas (horizontal o vertical), indicando la relación existente entre el responsable de ejecución y las actividades que se encuentran contempladas dentro del documento.

Dentro del manual de procesos y procedimientos se establece la pertinencia de los integrantes que intervienen en donde se debe contemplar cada área que interviene con sus respectivas actividades.

A continuación se muestran las formas establecidas en la construcción de flujogramas, las cuales se encuentran disponibles como autoformas en Word.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

	<b>Inicio/ Fin:</b> Indica el inicio o fin del procedimiento diagramando.
	<b>Líneas de flujo:</b> Conector que denota la dirección del flujo y el orden o secuencia en que el procedimiento se desarrolla.
	<b>Actividad:</b> Representa la acción que se ejecuta en un procedimiento.
	<b>Punto de decisión:</b> Indica puntos dentro del procedimiento en donde se deben tomar decisiones dependiendo de alguna condición que se cumpla o no.
	<b>Conector de actividades:</b> Se utiliza para evitar un cruce excesivo de líneas de flujo. Los conectores de salida y de entrada tienen indicado dentro del símbolo el mismo número el cual muestra la salida o la entrada hacia otra actividad dentro del diagrama de flujo. Los números deben ser consecutivos conforme se vayan utilizando en la descripción de actividades.

### 4.2. FORMATOS GESTIÓN DOCUMENTAL

Los formatos de gestión documental pueden ser descargados para su diligenciamiento a través de la siguiente ruta:

- Ingresar a dinámica.
- Ir a enlaces.
- Seleccionar Gestión documental.
- Formatos gestión documental.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 4.2.1. CARACTERIZACIÓN DE PROCESO

<p><b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b>  <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>  <b>E.S.E - II NIVEL</b></p>	<b>Código y Versión</b>
	PL-FT-01 V01
	<b>Página</b>
1 de 1	

**CARACTERIZACIÓN DE**

1. DEFINICIÓN DEL PROCESO						
Describir el proceso.						
2. OBJETIVO DEL PROCESO						
Verbo en infinitivo						
3. RESPONSABLE DEL PROCESO			4. RECURSOS A EMPLEAR			
Jefe del servicio			Humanos: Técnicos:			
5. REQUISITOS LEGALES Y TÉCNICOS						
Constitución política de Colombia...						
6. REQUISITOS DE ENTRADA			7. REQUISITOS DE SALIDA			
Usuario						
8. PROVEEDOR	9. ENTRADA	10. ACTIVIDAD		11. CONTROLES	12. SALIDA	13. CLIENTE
Interno		P				
		H				
		V				
		A				
Externo		P				
		H				
		V				
		A				
14. INDICADORES						
Eficacia						
Eficiencia						
Efectividad						
15. RIESGOS						
•						
16. APROBACIÓN						
	Nombre	Cargo	Fecha	Firma		
Elaboró						
Revisó						
Aprobó						

Convenciones: P=Planear H=Hacer V=Verificar A=Actuar

Tener cuidado con el diligenciamiento de los campos, ya que están definido tanto el tipo de letra como el tamaño. Para la modificación del nombre, solo es necesario dar doble clic sobre el encabezado y completar la información según corresponda.

- Definición del proceso, ilustrar de manera breve y concisa el proceso.
- Objetivo del proceso, muestra cual es la meta para alcanzar, se considera como el logro o algo que se aspira y que se encuentra en un futuro inmediato describiendo la finalidad del mismo. Se redacta comenzando con un verbo en infinitivo (terminación ar, er o ir) cuya acción sea medible, se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.
- Responsable del proceso, nombre de la unidad o cargo que se responsabiliza del proceso. No se debe nombrar personas ya que la responsabilidad recae sobre el cargo.
- Recursos a emplear, se contemplan los recursos humanos y técnicos que requiere el proceso para desarrollar todas sus actividades.
- Requisitos legales y técnicos, delimitan su ámbito de responsabilidad, se relaciona con las normas que regulan sus actuaciones o por las cuales se rige el funcionamiento del respectivo proceso.
- Requisitos de entrada, parámetros de calidad de las entradas que permitan realizar la actividad sin ningún tipo de fallo dentro del proceso.
- Requisitos de salida, relaciona los atributos necesarios que permiten dar cumplimiento a las actividades.



## **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

8. Proveedor, organización o persona que proporciona un producto y/o servicio. De acuerdo con la NTCGP 1000:2009, un proveedor puede ser interno o externo a la entidad y en caso de tratarse de una situación contractual, un proveedor puede denominarse "contratista". Por ejemplo, un proveedor puede ser un productor, distribuidor, minorista o vendedor de un producto, o prestador de un servicio o información.
9. Entrada, insumos que serán transformados por el proceso para generar un producto.
10. Actividad, hace referencia a las actividades que desarrolla el proceso para transformar los elementos de entrada en elementos de salida, se deben contemplar en orden lógico contemplando el ciclo PHVA.
11. Controles, hace referencia a que factores permite evitar desviaciones en el cumplimiento de las actividades planteadas.
12. Salida, Resultado de un proceso o un conjunto de procesos. Según la NTCGP 1000:2009 el término "producto y/o servicio" se aplica únicamente al producto y/o servicio destinado a un cliente o solicitado por él, y a cualquier resultado previsto de los procesos de realización del producto o prestación del servicio. En este sentido, se hace la distinción entre productos intermedios (cualquier resultado del proceso) y productos finales (destinados a los clientes o usuarios).
13. Cliente, organización o persona que recibe un producto. El cliente puede ser interno o externo.
14. Indicadores, mecanismos que utiliza el proceso para realizar seguimiento y medición. Este elemento hace referencia principalmente a los indicadores medidos por el proceso.
15. Riesgos, herramienta metodológica que permite hacer un inventario, análisis y valoración de los riesgos de una manera ordenada y sistemática.
16. Aprobación, para que el documento sea válido y proceder a su publicación es necesario contar con cada una de las firmas que hace parte de la aprobación. Es decir que sin firmas el documento **NO SE CONTEMPLARA COMO APROBADO**. Elaborado, funcionario quien diligenció el formato, tener en cuenta que son los mismos jefes de proceso o subproceso los encargados de este trámite. Revisado, sigue la línea de mando según sea el caso, en donde se incluye la subgerencia correspondiente y planeación institucional como ente encargado en la institución. Aprobado, finalmente se registra la firma del gerente de la E.S.E. para formalizar el documento.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 4.2.2. PROCEDIMIENTO

 <p><b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b>  <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>  <b>E.S.E - II NIVEL</b></p>	<b>Código y Versión</b>
	PL-FT-02 V01
	<b>Páginas</b>
	1 de 2
<b>PROCEDIMIENTO DE</b>	

<b>1. OBJETIVO</b>					
Estandarizar					
<b>2. ALCANCE</b>					
Desde	"Inicio"				
Hasta	"Fin"				
<b>3. DEFINICIONES Y TERMINOS</b>					
Procedimiento:					
Consulta:					
<b>4. PRODUCTO ESPERADO</b>					
"Atención humanizada..."					
<b>5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES</b>					
ID	Quando	Responsable (Quien y donde)	PHVA	Actividad (Que, como y para que)	Registros
1					
2					
3					
<b>6. INDICADORES EFICIENCIA</b>					
Tipo de Indicador (Eficiencia, efectividad y eficacia)		Nombre del Indicador		Formula del Indicador	
<b>7. RIESGO DEL PROCEDIMIENTO</b>					
Puntos de riesgo			Puntos de control		
<b>8. FLUJOGRAMA</b>					
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>					
Que se consultó respecto al tema.					
<b>10. APROBACION</b>					
Elaboro	Nombre	Cargo	Fecha	Firma	

Una vez Impreso o descargado este documento se considera copia no controlada

Aprobación: dd-mmm-aaaa.

Revisó					
Aprobo					
<b>11. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN)</b>					
Versión	Descripción del cambio o revisión	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
<b>12. CONTROL DE COPIAS</b>					
Copias	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha	Firma	
<b>13. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES</b>					
Identificación		Area de almacenamiento	Conservación		Disposición final
Código	Nombre del documento		Archivo gestión	Archivo central	
	Procedimiento	"Quien aplica"			Conservación total

Tener cuidado con el diligenciamiento de los campos, ya que están definido tanto el tipo de letra como el tamaño. Para la modificación del nombre, solo es necesario dar doble clic sobre el encabezado y completar la información según corresponda.





## **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

1. **Objetivo**, debe reflejar lo que se pretende con la aplicación. Debe ser claro, iniciar con un verbo en infinitivo (Terminación ar, er, ir), se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.
2. **Alcance**, incluir información genérica que permita delimitar tanto el inicio como el final.
3. **Definiciones y términos**, explicaciones adicionales o terminología de carácter técnico.
4. **Producto esperado**, una vez se contemple el fin del procedimiento, que se espera obtener como resultado de la atención.
5. **Descripción de actividades**, cuando hace al momento de inicio de la actividad, responsable es quien debe intervenir en la acción, PHVA según corresponda al ciclo se escribe la letra correspondiente, describir la actividad que se desarrolla como se realiza y para que, registros que quedan después de realizada la actividad.
6. **Indicadores de eficiencia**, tipo de indicador según sea el tipo de indicador de eficacia eficiencia o para ambos casos efectividad, nombre del indicador como se conoce dentro de la normatividad, fórmula del indicador para calcular su valor.
7. **Riesgo del procedimiento**, puntos de riesgo donde posibles fallas puedan presentarse, puntos de control en cuanto a acciones eventos o correctivos que se presentan de manera programada.
8. **Flujograma**, teniendo en cuenta la simbología para flujogramas estructurar actividades y responsables de cada acción de manera sencilla.
9. **Referencias bibliográficas**, citar todo los documentos que se consultaron para la elaboración del documento.
10. **Aprobación**, para que el documento sea válido y proceder a su publicación es necesario contar con cada una de las firmas que hace parte de la aprobación. Es decir que sin firmas el documento **NO SE CONTEMPLARA COMO APROBADO**. Elaborado, funcionario quien diligenció el formato, tener en cuenta que son los mismos jefes de proceso o subproceso los encargados de este trámite. Revisado, sigue la línea de mando según sea el caso, en donde se incluye la subgerencia correspondiente y planeación institucional como ente encargado en la institución. Aprobado, finalmente se registra la firma del gerente de la E.S.E. para formalizar el documento.
11. **Control de cambios y revisiones**, según se dé el tiempo de revisión se procederá a realizar los cambios respectivos.
12. **Control de copias**, datos de la persona que guardara de manera física los documentos.
13. **Control y disposición de registros documentales**, según se establezca en el plan de gestión documental.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 4.2.3. PROTOCOLO

 <p><b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b>  <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>  <b>E.S.E - II NIVEL</b></p>	<b>Código y Versión</b>
	PL-FT-03 V01
	<b>Página</b>
1 de 2	
<b>PROTOCOLO</b>	

<b>1. OBJETIVO GENERAL</b>				
<b>2. OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>				
<b>3. ALCANCE</b>				
Desde				
Hasta				
<b>4. RESPONSABLE</b>		<b>5. TIEMPO MINIMO DE ATENCIÓN</b>		<b>6. TIEMPO MAXIMO DE ATENCIÓN</b>
Jefe del servicio				
<b>7. CONSIDERACIONES IMPORTANTES</b>				
<b>8. INSUMOS Y EQUIPOS</b>				
No.	Descripción			Cantidad
1				
2				
3				
4				
5				
<b>9. DESCRIPCION Y ORIENTACION</b>				
No.	Descripción paso a paso	Responsable	Tiempo mínimo	Tiempo máximo
1			Minutos	Minutos
2			Minutos	Minutos
3			Minutos	Minutos
4			Minutos	Minutos
5			Minutos	Minutos
<b>10. RIESGOS</b>				
No.	Posibles riesgos tanto para el personal como para el paciente		Acciones preventivas y coyunturales frente a los posibles riesgos	
1				
2				
<b>11. RECOMENDACIONES</b>				
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>				

Este es un formato a disposición de este documento se considerará copia no controlada

Aprobación: 02-ENE-2018

<b>13. APROBACION</b>					
	Nombre	Cargo	Fecha	Firma	
Elaboró					
Revisó					
Aprobó					
<b>14. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN)</b>					
Versión	Descripción del cambio o revisión	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
<b>15. CONTROL DE COPIAS</b>					
Copias	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha	Firma	
<b>16. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES</b>					
Identificación		Area de almacenamiento	Conservación		Disposición final
Código	Nombre del documento		Archivo gestión	Archivo central	
	Procedimiento	"Quien aplica"			Conservación total

Tener cuidado con el diligenciamiento de los campos, ya que están definido tanto el tipo de letra como el tamaño. Para la modificación del nombre, solo es necesario dar doble clic sobre el encabezado y completar la información según corresponda.



## **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

1. Objetivo general, debe reflejar lo que se pretende con la aplicación. Debe ser claro, iniciar con un verbo en infinitivo (Terminación ar, er, ir), se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.
2. Objetivos específicos, según las actividades a realizar. Debe ser claro, iniciar con un verbo en infinitivo (Terminación ar, er, ir), se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.
3. Alcance, incluir información genérica que permita delimitar tanto el inicio como el final.
4. Responsable, nombre de la unidad o cargo que se responsabiliza de completar el protocolo. No se debe nombrar personas ya que la responsabilidad recae sobre el cargo.
5. Tiempo mínimo de atención, calcular en minutos el tiempo mínimo que puede durar la atención o el realizar el procedimiento.
6. Tiempo máximo de atención, calcular en minutos el tiempo máximo que puede durar la atención o el realizar el procedimiento.
7. Consideraciones importantes, aspectos importantes para tener cuidado en el momento de la atención o al realizar el procedimiento.
8. Insumos y equipos, se deben listar y contar los equipos e insumos que serán utilizados en la atención o el procedimiento.
9. Descripción y orientación, paso a paso de la atención o procedimiento a realizar, describir de manera sencilla la actividad, el responsable de llevarla a cabo y tiempos en minutos tanto mínimo como máximo.
10. Riesgos, posibles riesgos tanto para el personal como para el paciente los cuales pueden ocurrir por algún tipo de alteración en su salud, acciones preventivas y coyunturales frente a los posibles riesgos las acciones que se tiene ante la ocurrencia de algún riesgo presente.
11. Recomendaciones, teniendo en cuenta los riesgos o factores externos presentes se pueden prevenir desviaciones en la actividad.
12. Referencias bibliográficas, citar todo los documentos que se consultaron para la elaboración del documento.
13. Aprobación, para que el documento sea válido y proceder a su publicación es necesario contar con cada una de las firmas que hace parte de la aprobación. Es decir que sin firmas el documento **NO SE CONTEMPLARA COMO APROBADO**. Elaborado, funcionario quien diligenció el formato, tener en cuenta que son los mismos jefes de proceso o subproceso los encargados de este trámite. Revisado, sigue la línea de mando según sea el caso, en donde se incluye la subgerencia correspondiente y planeación institucional como ente encargado en la institución. Aprobado, finalmente se registra la firma del gerente de la E.S.E. para formalizar el documento.
14. Control de cambios y revisiones, según se dé el tiempo de revisión se procederá a realizar los cambio a que haya lugar.
15. Control de copias, datos de la persona que guardara de manera física los documentos.
16. Control y disposición de registros documentales, según se establezca en el plan de gestión documental.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 4.2.4. INSTRUCTIVO

 <p><b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b>  <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>  <b>E.S.E - II NIVEL</b></p>	<b>Código y Versión</b>
	PL-FT-05 V01
	<b>Página</b>
1 de 1	
<b>INSTRUCTIVO</b>	

<b>1. OBJETIVO</b>					
<b>2. ALCANCE</b>					
Desde					
Hasta					
<b>3. DEFINICIONES Y TERMINOS</b>					
<b>4. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES</b>					
ID	ACTIVIDAD Y/O TAREA (Que y como)			Responsable (Quien y donde)	
1					
2					
3					
<b>5. FLUJOGRAMA</b>					
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>					
<b>7. APROBACION</b>					
	Nombre	Cargo	Fecha	Firma	
Elaboró					
Revisó					
Aprobo					
<b>8. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACION)</b>					
Version	Descripción del cambio o revision	Nombre	Fecha	Firma	
<b>9. CONTROL DE COPIAS</b>					
Copias	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha	Firma	
<b>10. CONTROL Y DISPOSICION DE REGISTROS DOCUMENTALES</b>					
Identificación		Area de Almacenamiento	Conservación		Disposición final
Código	Nombre del documento		Archivo gestión	Archivo central	
	Instructivo	"Quien aplica"			Conservación total

Tener cuidado con el diligenciamiento de los campos, ya que están definido tanto el tipo de letra como el tamaño. Para la modificación del nombre, solo es necesario dar doble clic sobre el encabezado y completar la información según corresponda.

- Objetivo, debe reflejar lo que se pretende con la aplicación. Debe ser claro, iniciar con un verbo en infinitivo (Terminación ar, er, ir), se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

2. Alcance, incluir información genérica que permita delimitar tanto el inicio como el final.
3. Definiciones y términos, explicaciones adicionales o terminología de carácter técnico.
4. Descripción de actividades, describir la actividad que se desarrolla y como, responsable es quien debe intervenir en la acción y el espacio físico donde se realiza la actividad.
5. Flujograma, teniendo en cuenta la simbología para flujogramas estructurar actividades y responsables de cada acción de manera sencilla.
6. Referencias bibliográficas, citar todos los documentos que se consultaron para la elaboración del documento.
7. Aprobación, para que el documento sea válido y proceder a su publicación es necesario contar con cada una de las firmas que hace parte de la aprobación. Es decir que sin firmas el documento **NO SE CONTEMPLARA COMO APROBADO**. Elaborado, funcionario quien diligenció el formato, tener en cuenta que son los mismos jefes de proceso o subproceso los encargados de este trámite. Revisado, sigue la línea de mando según sea el caso, en donde se incluye la subgerencia correspondiente y planeación institucional como ente encargado en la institución. Aprobado, finalmente se registra la firma del gerente de la E.S.E. para formalizar el documento.
8. Control de cambios y revisiones, según se dé el tiempo de revisión se procederá a realizar los cambio a que haya lugar.
9. Control de copias, datos de la persona que guardara de manera física los documentos.
10. Control y disposición de registros documentales, según se establezca en el plan de gestión documental.

### 4.2.5. MANUAL





## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E - II NIVEL		Código y Versión PL-MA-02 V04 Página 2 de 4
MANUAL O PROGRAMA DE		
TABLA DE CONTENIDO		
1. INTRODUCCIÓN	3	
2. OBJETIVO	3	
2.1. OBJETIVO GENERAL	3	
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	3	
3. ALCANCE	3	
4. CONTENIDO	3	
5. BIBLIOGRAFÍA	4	
6. ANEXOS	4	
7. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO	4	
7.1. APROBACIÓN	4	
7.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 5 AÑOS O SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN)	4	
7.3. CONTROL DE COPIAS	4	
7.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTRO DOCUMENTALES	4	

Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E - II NIVEL		Código y Versión PL-MA-02 V04 Página 4 de 4	
MANUAL O PROGRAMA DE			
6. BIBLIOGRAFÍA			
6. ANEXOS			
7. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO			
7.1. APROBACIONES			
Elaboró	Nombre	Cargo	Fecha
Revisó			
Aprobó			
7.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 5 AÑOS O SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN)			
Versión	Descripción del cambio o revisión	Nombre	Fecha
7.3. CONTROL DE COPIAS			
Código	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha
7.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTRO DOCUMENTALES			
Identificación	Área de almacenamiento	Responsable de Archivo de Registro	Disponibilidad para gestión
Código	Nombre del documento		

El fin de la creación de un manual es permitir que cualquier funcionario ya sea de ingreso por primera vez a la E.S.E. o que tenga dudas sobre el manejo ante cualquier actividad que se esté desarrollando, pueda actuar de la mejor manera prevaleciendo siempre la adecuada atención al paciente.

1. Portada, es importante no modificar ninguna imagen o formato, solo es necesario actualizar los nombres del documento y las fechas.
2. Contra portada, presenta tanto el nombre del documento, autor y área correspondiente a su elaboración.
3. Tabla de contenido, por metodología es necesario poder contar con la tabla de contenido para poder establecer las diferentes partes que comprenden el documento, su creación es automática ya que esta enlazado a cada uno de los títulos del documento.
4. Introducción, es necesario poder contextualizar al lector sobre el contenido del documento, por lo tanto primordialmente se debe utilizar un lenguaje sin tecnicismos para que se pueda abarcar de una manera general el contenido del documento.
5. Objetivo general, debe reflejar lo que se pretende con la aplicación del documento. Debe ser claro, iniciar con un verbo en infinitivo (Terminación ar, er, ir), se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

6. Objetivos específicos, según las actividades a realizar las cuales son contenidas dentro del documento. Debe ser claro, iniciar con un verbo en infinitivo (Terminación ar, er, ir), se debe redactar de forma sencilla sin incluir actividades que desarrollen para el logro del objetivo, no incluir gerundios, adjetivos calificativos, abreviaturas ni palabras indefinidas como etcétera.
7. Alcance, incluir información genérica que permita delimitar tanto el inicio como el final del documento, teniendo en cuenta la calidad del documento se puede ampliar un poco en lo que se desea obtener como resultado de la aplicación del documento.
8. Contenido o desarrollo del documento, es importante tener claridad sobre el desarrollo metodológico del documento para evitar volverlo muy pesado difícil de acceder con términos complejos.
9. Bibliografía, se deben citar las fuentes de información ya sea webgrafía, infografía o libros como tal.
10. Anexos, son otros documentos que sirvan para contextualizar a profundidad varios conceptos o ejemplos que son citados dentro del documento.
11. Aprobación, para que el documento sea válido y proceder a su publicación es necesario contar con cada una de las firmas que hace parte de la aprobación. Es decir que sin firmas el documento **NO SE CONTEMPLARA COMO APROBADO**. Elaborado, funcionario quien diligenció el formato, tener en cuenta que son los mismos jefes de proceso o subproceso los encargados de este trámite. Revisado, sigue la línea de mando según sea el caso, en donde se incluye la subgerencia correspondiente y planeación institucional como ente encargado en la institución. Aprobado, finalmente se registra la firma del gerente de la E.S.E. para formalizar el documento.
12. Control de cambios y revisiones, según se dé el tiempo de revisión se procederá a realizar los cambio a que haya lugar.
13. Control de copias, datos de la persona que guardara de manera física los documentos.
14. Control y disposición de registros documentales, según se establezca en el plan de gestión documental.

### 4.2.6. OTROS DOCUMENTOS

Corresponde a otros documentos que deben hacer parte del sistema de gestión de calidad y por lo tanto es necesario que se encuentren codificados, aquí se relacionarán recomendaciones de cuidados, rutas de atención y demás documentos que sean de propiedad intelectual del hospital.

### 4.2.7. DOCUMENTO EXTERNO

Escrito producido por otras entidades u organizaciones, que establecen directrices que sirven de referencia para el desarrollo de algunos procedimientos, según la pertinencia de los mismos, los cuales se hace necesario contemplarlos dentro de la gestión documental de la institución por lo tanto es necesario codificarlos internamente.

### 4.2.8. PRESENTACIONES INSTITUCIONALES



La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá cuenta con una plantilla diseñada con la imagen corporativa actualizada, cuyo uso es obligatorio al realizar presentaciones dentro y fuera de la institución siempre y cuando sea con información del hospital. El formato se encuentra publicado dentro de los formatos de gestión documental.







## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá cuenta con un formato de acta diseñado con la imagen corporativa actualizada, cuyo uso es obligatorio al realizar reuniones que requieran soporte documental o que se requiera dejar tareas (compromisos) para los asistentes. El formato se encuentra publicado dentro de los formatos de gestión documental.

1. Fecha: Registrar la fecha en que se realizó la reunión.
2. Hora inicio: Registrar la hora en que se da inició a la reunión.
3. Hora final: Registrar la hora en que se da por terminada la reunión.
4. Lugar: Registrar el sitio donde se realiza la reunión.
5. Objetivo: Registrar la razón por la que se convoca la reunión.
6. Orden del día: Registrar los temas que se trataran en la reunión.
7. Desarrollo de la reunión: Registrar la forma como se llevó a cabo la reunión en torno a los temas del orden del día especificando intervenciones relevantes de los asistentes.
8. Compromisos: Registrar las tareas (compromisos) que se dejaron como conclusión de la reunión.
9. Responsable: Registrar el nombre de responsable asignado a cada tarea (compromiso).
10. Fecha de entrega: Registrar la fecha de entrega de la tarea (compromiso).
11. Asistentes: Registrar el nombre de los asistentes. Cuando el número de asistentes a la reunión sean demasiados, se dará validez como firma al registro de asistencia.
12. Cargo: Registrar el rol que desempeña en el hospital.
13. Firma: Solicitar la firma de cada asistente.

### 4.2.11. FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA

Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E - II NIVEL		Código y Versión PL-F729 V03	
		Página 1 de 1	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA			
FECHA:			HORA INICIO: HORA FINAL:
LUGAR:			
TEMA:			
TIPO:	REUNIÓN	SOCIALIZACIÓN	CAPACITACIÓN OTRO ¿CUAL?
REALIZADO POR:			
EMPRESA / CARGO:			
	NOMBRE	CEDULA	CARGO TELÉFONO E-MAIL FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
OBSERVACIONES			

Los formatos impresos no diligenciados se consideran como copia no controlada

Aprobación: 02-ENE-2019

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá cuenta con un formato de registro de asistencia diseñado con la imagen corporativa actualizada, cuyo uso es obligatorio para registrar la asistencia a reuniones, jornadas o eventos que requieran soporte documental o que se sea necesario dejar evidencia de su realización. El formato se encuentra publicado dentro de los formatos de gestión documental.


1. Fecha: Registrar la fecha en que se realizó la reunión.
2. Hora inicio: Registrar la hora en que se da inició a la reunión.
3. Hora final: Registrar la hora en que se da por terminada la reunión.
4. Lugar: Registrar el sitio donde se realiza la reunión.
5. Tema: Registra el tema de que se trata la respectiva reunión.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

6. Tipo: Es necesario especificar el tipo de evento llevado a cabo, ya sea reunión, socialización, capacitación o evento.
7. Realizado por: Registrar la persona encargada de liderar el evento.
8. Empresa / cargo: Registrar el cargo, rol o empresa a la que pertenece.
9. Nombre: Registrar el nombre del asistente.
10. Cedula: Registrar el número de documento de identidad.
11. Cargo: Registrar el cargo o rol que desempeña en la institución.
12. Teléfono: Registrar número de teléfono.
13. E-mail: Registrar correo electrónico.
14. Firma: Registrar la firma.
15. Observaciones: En caso de presentarse alguna eventualidad o algún tema que se desee especificar, se debe utilizar este campo para hacerlo.

### 4.2.12. FORMATO DE ACTA PARA COMITÉS INSTITUCIONALES

		Hospital San Rafael de Fusagasugá <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i> E.S.E - II NIVEL		Código y Versión	
				PL-FT-21 V02	
				Página	
				24 de 26	
<b>FORMATO DE ACTA PARA COMITÉS INSTITUCIONALES</b>					
FECHA:		HORA DE INICIO:			
LUGAR:		HORA FINAL:			
COMITE:					
OBJETIVO:					
ACTO DE CREACIÓN					
PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES					
TIPO DE REUNION					
ORDINARIA:    EXTRAORDINARIA: _____					
INTEGRANTES DEL COMITE SEGUN ACTO ADMINISTRATIVO DE CREACION DEL COMITE					
Nº	ROL DESEMPEÑADO EN EL COMITE		NOMBRE		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10					
ORDEN DEL DÍA					
DESARROLLO DEL COMITÉ					
PROPOSICIONES Y VARIOS					



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

COMPROMISOS							
Nº	COMPROMISO			RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA	ESTADO	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

SEGUIMIENTO							
PERIODO	SESIONES			CUMPLIMIENTO	COMPROMISOS		CUMPLIMIENTO
	PROGRAMADAS	EXTRAORDINARIAS	REALIZADAS		ADQUIRIDOS	CUMPLIDOS	
ENE - MAR				0%			0%
ABR - JUN				0%			0%
JUL - SEP				0%			0%
OCT - DIC				0%			0%
TOTAL AÑO				0%			0%

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá cuenta con un formato de acta para comités institucionales diseñado con la imagen corporativa actualizada, cuyo uso es obligatorio para registrar la asistencia a los comités que se sesionan en la institución. El formato se encuentra publicado dentro de los formatos de gestión documental.

1. Fecha: Registrar la fecha en que se realizó el comité.
2. Hora inicio: Registrar la hora en que se da inició al comité.
3. Hora final: Registrar la hora en que se da por terminado el comité.
4. Lugar: Registrar el sitio donde se realiza el comité.
5. Objetivo: Registrar la razón por la que se convoca el comité.
6. Acto de creación del comité: Registrar la normatividad interna por la cual se crea el comité.
7. Periodicidad de las reuniones: Registrar la periodicidad de las citaciones según se establezca en la normatividad interna.
8. Tipo de reunión: Indicar el tipo de comité si es ordinario o extraordinario.
9. Integrantes del comité según acto administrativo: Registrar los nombres y roles de los integrantes del comité especificando el rol que fue asignado por la normatividad interna del hospital.
10. Orden del día: Registrar los temas que se trataran en el comité.
11. Desarrollo del comité: Registrar la forma como se llevó a cabo el comité en torno a los temas del orden del día especificando intervenciones relevantes de los asistentes.
12. Propositiones y varios: Registrar todo lo relevante que sirva como conclusión del comité.
13. Compromisos: Para efectos de seguimiento a las tareas (compromisos) que se establecen en los comités, es necesario realizar un seguimiento a los que se llevan en las diferentes sesiones.
14. Responsable: Registrar el nombre de responsable asignado a cada tarea (compromiso).
15. Fecha de entrega: Registrar la fecha de entrega de la tarea (compromiso).
16. Estado del compromiso:
17. Seguimiento a las sesiones:
18. Seguimiento a los compromisos:

### 5. BIBLIOGRAFÍA

- SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. NORMA TÉCNICA COLOMBIANA, NTC ISO 9001.
- GUÍA PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

### 6. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO

#### 6.1. APROBACIÓN

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboró	JULIÁN NIETO BELTRAN	INGENIERO INDUSTRIAL DE PLANEACIÓN	02-ENE-2019	
Revisó	ADRIAN GARCÍA	LÍDER DE CALIDAD	02-ENE-2019	
Aprobó	ANDREI MARTINEZ	SUBGERENTE CIENTÍFICO	02-ENE-2019	

#### 6.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN)

Versión	Descripción del cambio o revisión	Nombre	Fecha	Firma
01	Creación del documento.	ALEXANDER BOGOTA	01-FEB-2013	
02	Actualización del documento al formato de manual.	CARLOS EDUARDO MOGOLLON	30-JUN-2016	
03	Actualización e inclusión de documentos.	JULIÁN NIETO BELTRAN	30-NOV-2017	
04	Actualización de plataforma estratégica.	JULIÁN NIETO BELTRAN	02-ENE-2019	

#### 6.3. CONTROL DE COPIAS

Copias	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha	Firma
01	JAIRO BOBADILLA MONTENEGRO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	04-ENE-2019	

#### 6.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES

Identificación		Área de almacenamiento	Conservación		Disposición final
Código	Nombre del documento		Archivo de gestión	Archivo central	
PL-MA-02 V04	Manual de procesos y procedimientos	Planeación institucional	2	8	Conservación total