

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Sistemas Integrados de Gestión

Código: EV-SIG-GC-ML-01

Versión: 01

Fecha de aprobación: 28/12/2018

Empresa Social del Estado

San Camilo

Hospital Psiquiátrico

...Trabajo humanizado para su salud mental



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
1. OBJETIVOS	6
1.1. Objetivo General	6
1.2 Objetivos Específicos.....	6
2. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	7
2.1 Reseña Histórica.....	7
2.2 Estructura Organizacional del Hospital	8
2.3 Misión	9
2.4 Visión	9
2.5 Objeto	9
2.6 Objetivos	9
2.7 Principios Institucionales.....	10
2.8 Valores Institucionales	11
2.9 Simbología Utilizada	12
2.10 Definiciones y Términos.....	13
2.11 Mapa De Procesos	17
2.12 Especificación mapa de procesos con sus respectivas siglas a utilizar	17
3. PROCEDIMIENTOS PARA LA ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS.....	20
3.1 Objetivo.....	20
3.2 Alcance	20
3.3 Responsabilidad	20

4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES	21
4.1 Identificación, Codificación, Presentación de los documento	21
4.1.1 Modelo de Caracterización	21
4.1.2 Modelo de Procedimientos y Registros.....	22
4.1.3. Modelo de Instructivos	23
4.2 Identificación, Codificación y Presentación de los Manuales, Guías, Protocolos y Programas.....	25
4.3 Revisión y Aprobación de los Documentos.....	26
4.4 Divulgación y Distribución de los Documentos	27
4.5 Actualización y control de Documentos	27
4.6 Copias Controladas	27
4.7 Documentos Obsoletos.....	28
4.8 Control de Documentos Externos.....	28
4.9 Control de Modificaciones.....	28
4.10 Difusión.....	29

INTRODUCCION

Este documento presenta la descripción general del modelo de funcionamiento basado en procesos de la ESE Hospital psiquiátrico San Camilo y su enfoque sistemático entendiendo que el mismo es fundamental para mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad de la Entidad.

Dentro del proceso de mejoramiento continuo que deben adoptar las organizaciones modernas para atender eficazmente los requisitos, necesidades y expectativas de sus usuarios o beneficiarios tanto externos como internos, la identificación, estructuración y documentación de los procesos y procedimientos inmersos en su quehacer, se constituye en un mecanismo de planificación idóneo y expedito para orientar el rumbo hacia el logro de los objetivos institucionales, al igual que para la gestión y la evaluación permanente en la perspectiva de contribuir a la creación de un sistema de aseguramiento de la calidad que garantice la producción de bienes o prestación de servicios, sean éstos públicos o privados.

Ordenar y documentar la selección de dichos procesos, etapas, procedimientos y actividades, permite a las instituciones racionalizar el uso de los recursos al simplificar trámites, evitar funciones repetitivas, eliminar cuellos de botella por indefinición, evitar la evasión de responsabilidades, lo cual se traduce en ahorro de tiempos, movimientos y costos operacionales.

Propender por la definición de tareas en forma sencilla y clara, genera eficacia, eficiencia y seguridad como elementos esenciales de una buena gestión, al tiempo que facilita la aplicación de los mecanismos de autocontrol en un proceso de mejoramiento y fortalecimiento de la capacidad organizacional para atender sus compromisos con los clientes o destinatarios.

En virtud de los beneficios que genera estos referentes conceptuales y organizacionales modernos, la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, inició la labor de construcción colectiva del Manual de Procesos y Procedimientos que abarca los Macroprocesos de : Direccionamiento Estratégicos, Atención al Cliente Asistencial, Apoyo y Evaluación y Control, cuyo resultado preliminar se presenta a consideración para avanzar luego a la siguiente fase metodológica de análisis, ajustes y validación por parte de los equipos involucrados en las mejoras,

otorgando así, el grado de legitimidad que implica el reconocimiento a la participación proactiva de quienes han venido aportando a este reto.

El proceso de construcción utiliza una estructura metodológica unificada y participativa que inicia con la identificación del marco de referencia conceptual y normativa, seguida de la planeación del estudio, diseño de instrumentos para recolección de datos, inducción, capacitación y acompañamiento, análisis de la información sobre los actuales procesos y procedimientos que se desarrollan en la institución, para culminar así, la etapa de diagnóstico.

ORIGINAL

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

El Objetivo que persigue el presente manual es definir e implementar una metodología unificada, regulada y organizada de trabajo, fundamentada en la estandarización de los procesos característicos y significativos de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, tomando como referencia esencial la normatividad que rige el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

La definición clara de estos procesos conlleva a la redacción de procedimientos específicos que explican el proceder institucional para cada una de las actividades, tareas y acciones que debemos cumplir. Estos procedimientos tienen alcance total sobre los campos misional y de gestión del Hospital y su cumplimiento forma parte de la cultura de autorregulación y control especificada en los lineamientos.

1.2 Objetivos Específicos

- Facilitar la comprensión y ejecución de las diferentes prácticas organizacionales.
- Otorgar la revisión y actualización de las prácticas organizacionales del Hospital.
- Eliminar la generalidad y brindar especificidad en los procesos característicos y significativos del Hospital
- Brindar las bases procedimentales suficientes para la revisión de las actividades y tareas al interior del Hospital

2. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

2.1 Reseña Histórica

En agosto de 1924 se propuso por parte del Representante a la Cámara Dr. Martín Carvajal la construcción de un "Manicomio" para hombres y mujeres en Bucaramanga. En 1937 se expidió la ley 32 por la cual se dispuso un auxilio para la compra de un lote de terreno con destino a ello.

Solamente hasta el año de 1947 se hizo efectivo ese auxilio por la Junta de Asistencia Social del Departamento en la cuantía de cuarenta y cinco mil pesos m/cte. (45.000.00), que se destinaron a incrementar las apropiaciones para la construcción de los edificios, pues el lote se había comprado por la misma Junta el día 23 de Septiembre de 1944.

El 2 de enero de 1958 se inicio la construcción que comprendía los pabellones para "agitados" y "calmados" y demás servicios de cocina, lavandería y comedores generales del hospital.

Terminados los edificios más necesarios, la Junta de asistencia social creo el servicio para "alienados" y autorizó la celebración de contratos para servicios de administración y científicos, según la resolución del 6 de junio de 1953.

Por ser el Instituto una realización del gobierno, tuvo su origen y formación en actos de la administración pública, la Junta de asistencia social del departamento le dio autonomía por medio de estatutos que fueron aprobados en la resolución 30 del 24 de septiembre de 1953 e igualmente aprobados por la resolución emanada del Ministerio de Salud Pública el día 17 de octubre de 1953. Estos estatutos contemplan el régimen orgánico del establecimiento de: Junta Directiva, encargada de la Dirección General, servicio que debe prestar recursos fiscales, labores de la rama científica, administrativa y disposiciones varias que regulan su funcionamiento.

En estas condiciones se instaló la Junta Directiva de la hoy Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, cumpliendo, entre otras funciones, con la expedición de reglamentos internos y obtención de la personería jurídica que le fue otorgada el primero de enero de 1954.

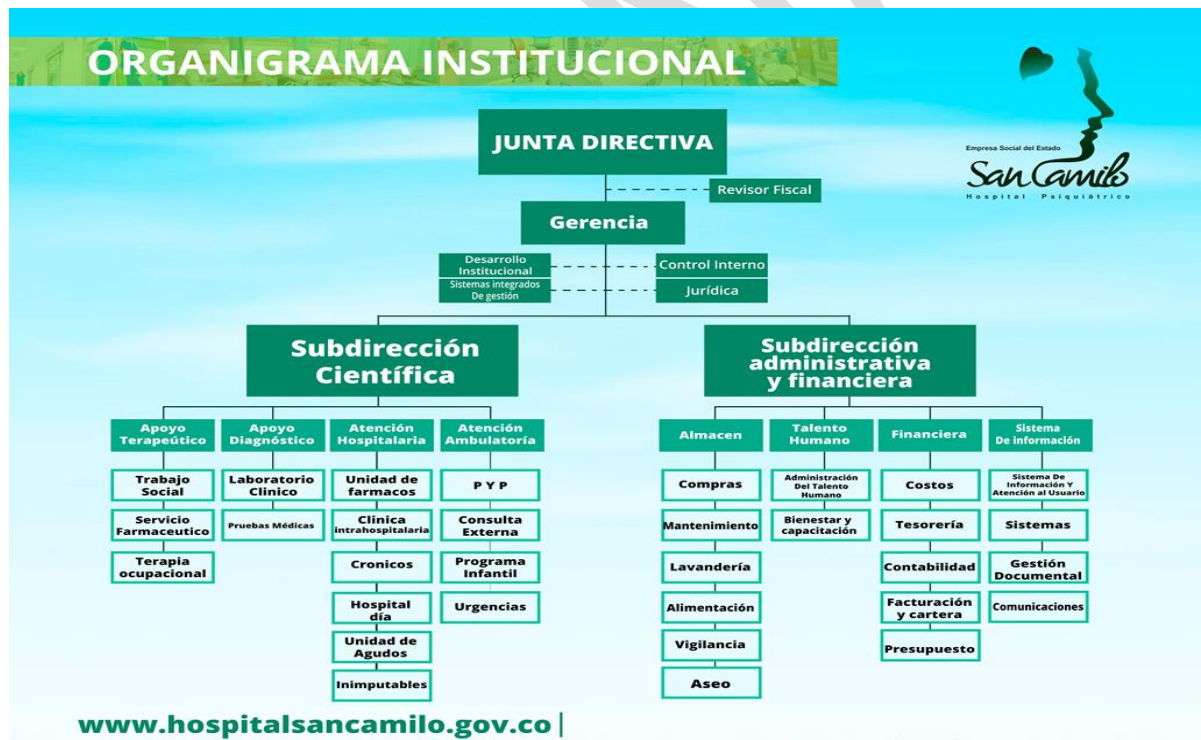
En 1957 la institución dejó de llamarse Instituto Psiquiátrico San Camilo y pasó a formar parte del Instituto Nacional de Salud, llamándose Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Finalmente, mediante el decreto Departamental 0098 de 1995 se transforma el Hospital en Empresa Social del Estado en cumplimiento de la Ley 100 de 1993, en

la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, liderando la atención integral en salud mental con eficiencia y profesionalismo, a todo el nororiente de Colombia.

En la actualidad la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo es una empresa social del Estado de gran importancia, por ser la única institución oficial del Departamento de Santander que presta atención en salud mental para el Departamento y sus alrededores. Por otro lado el Hospital Psiquiátrico San Camilo en su calidad cuenta con convenios docencia - servicio con diferentes universidades de Bucaramanga; es un centro de investigación y docencia para los estudiantes de enfermería, medicina, fisioterapia, trabajo social, psicología y terapia ocupacional.

2.2 Estructura Organizacional Del Hospital



2.3 Misión

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo es una entidad con más de 60 años de experiencia, comprometida en brindar atención integral en salud mental de forma multidisciplinaria, trabajando por la satisfacción de nuestros usuarios y su familia, enfocados en la atención humanizada, eficiente, segura, oportuna y respetuosa con la dignidad del paciente, para lograr su recuperación y reintegración social. Garantizando la gestión de nuestros recursos con racionalidad económica en forma transparente y honesta.

Además, contamos con un talento humano con las más altas calidades éticas y cultura del mejoramiento continuo, ofreciendo un ámbito de desarrollo atractivo que favorece su compromiso y sentido de pertenencia. Poseemos una infraestructura como valor agregado enmarcada en un ambiente natural y familiar.

2.4 Visión

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, por ser institución prestadora de servicios integrales de salud mental se proyecta para el 2020, como una entidad líder en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de salud mental mediante la implementación de estrategias encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida y productividad de los santandereanos y su zona de influencia, a su vez ser reconocida por sus altos estándares de calidad encaminados a la acreditación institucional.

2.5 Objeto

Sera la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado, como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto adelantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, acordes con su nivel de complejidad.

2.6 Objetivos

- Contribuir al desarrollo social del País, mejorando la calidad de vida y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida que este a su alcance.

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles, pueda ofrecer.
- Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa.
- Ofrecer a las empresas promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas de competitividad en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, establecidos por la Ley y los reglamentos.
- Prestar servicios de salud que satisfagan de manera optima las necesidades y expectativas de la población en la relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente.
- Satisfacer las necesidades esenciales secundarias de salud, de la población usuaria a través de acciones Gremiales, organizativas, técnico-científicas y técnico-administrativas.
- Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa, mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de sus servicios, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.
- Contribuir a la formación del factor Humano del Sector Salud.
- Impulsar y desarrollar proyectos de investigación para mejorar la calidad en el servicio y la gestión.
- Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial que permita el trabajo conjunto con fines de impacto social.

2.7 Principios Institucionales

<p>INTEGRIDAD</p>	<p>Es la fortaleza de espíritu que nos hace permanecer fieles a nuestros principios de verdad, de respeto a los compromisos y de honestidad consigo mismo y con los demás, lo cual conlleva al fortalecimiento del capital social como base para construir un desarrollo integral y una mejor calidad de vida en la Institución.</p>
--------------------------	--

PERSEVERANCIA	Alcanzar lo propuesto y buscar soluciones a las dificultades que puedan surgir con un esfuerzo continuo.
RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA	Todo ser humano debe ser tratado con respeto a su dignidad, máxime si se encuentra en condiciones de vulnerabilidad y/o afectación de su salud mental a fin de no destruir ni perturbar su consideración como individuo, respetando los derechos fundamentales establecidos por la constitución y las leyes.
RESPONSABILIDAD SOCIAL	Conjunto integral de políticas y programas en salud mental aplicados con ética y sentido de pertenencia, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, generando un impacto positivo a nivel social.
CALIDEZ	Trato amable y considerado que recibe el usuario por parte de la persona que lo atiende.

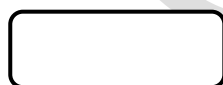
2.8 Valores Institucionales

VALORES	
RESPECTO	Capacidad para mantener una actitud de comprensión y tolerancia hacia la persona tratándola con cortesía, reconocimiento de su integridad, dignidad, creencias, costumbres y derechos. Es la base fundamental de una sana convivencia.
EQUIDAD	Es la justicia e igualdad social, dándole a cada uno lo que le corresponde reconociendo, respetando y valorando el derecho de cada persona.
RESPONSABILIDAD	Cumplir con lealtad, sinceridad, honestidad y compromiso las obligaciones como ser humano en la prestación de los servicios, dándole un buen manejo a los recursos de la Institución y a las normas que regulan la Entidad

SOLIDARIDAD	Orientar los esfuerzos hacia la Entidad y la comunidad, con apoyo y colaboración hacia las demás personas. Es entendido además como el desarrollo del trabajo con sentido de fraternidad y unión, buscando la obtención de los logros y metas tanto personales como Institucionales
HONESTIDAD	Cumplimiento de las acciones, deberes y obligaciones como persona, caracterizados por la rectitud de conducta, sinceridad, transparencia, legalidad, lealtad e integridad a los principios morales que competen hacia nuestros usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general.
TRANSPARENCIA	Conducta permanente que debe tener cada ser humano, orientada al respeto de los derechos de los ciudadanos, lo cual implica un compromiso en el manejo óptimo de la información, bienes y/o recursos públicos.
COMPROMISO	Tener sentido de pertenencia con la comunidad, para prestar el mejor servicio de salud mental con actitud positiva de cooperación, responsabilidad, puntualidad y calidad en la función social que le compete.
CUMPLIMIENTO	Cumplir con aquello que se prometió en un determinado tiempo y forma.

2.9 Simbología Utilizada

SIMBOLOS PARA DIAGRAMA DE FLUJO



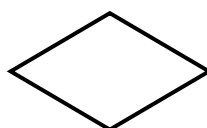
TERMINAL

Indica la iniciación o terminación del diagrama, puede ser de acción o lugar.



OPERACION

Representa la realización de una operación o actividad.



DECISION

Indica un punto dentro del diagrama en que son posibles caminos alternativos.

	DOCUMENTO	Representa cualquier tipo de documento que se utilice, se genere o salga del proceso.
	CONECTOR DE PAGINA	Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente en la que continua el diagrama.
	DIRECCION DE FLUJO	Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las actividades.
	DIRECCION DE FLUJO RETROCESO	Conecta los símbolos señalando que la acción regresa al mismo responsable.

2.10 Definiciones Y Términos

Acción Correctiva. Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Acción Preventiva. Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

Alta Dirección. Persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una Entidad.

Auditoría interna. Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.

Análisis De Procesos: Es la actividad mediante la cual se analiza la contribución de cada actividad al logro de los objetivos e identifica al área y el factor de éxito como punto de aplicación de los controles

Cadena De Valor: se trata de la diagramación de los procesos de la universidad en la cual se identifican las fuentes de ventaja competitiva que se encuentran en las actividades misionales, de dirección y de apoyo de la universidad y las interrelaciones entre ellas.

Calidad. Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Cliente. Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.

Conformidad. Cumplimiento de un requisito.

Control: Es toda acción que tiende a minimizar los riesgos, significa analizar el desempeño de las operaciones, evidenciando posibles desviaciones frente al resultado esperado para la adopción de medida preventivas. Los controles proporcionan un modelo operacional de seguridad razonable en el logro de los objetivos.

Corrección. Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Diagrama De Flujo De Procedimiento: En forma equivalente al mapa de procesos, el diagrama de flujo es una representación gráfica de la secuencia de tareas o acciones, el orden en el que se llevan a cabo y la forma en que fluye la información para llegar al resultado.

Documento: Información y su medio de soporte.

Efectividad. Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Eficacia. Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia. Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Enfoque basado en procesos. Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado.

Formato O Matriz: Medio utilizado para el registro de información.

Instructivo: Documento que establece los pasos o instrucciones para llevar a cabo una actividad; en éste se relacionan una serie de pasos a desarrollar, los cuales pueden ejecutarse en el orden descrito o no, sin alterar el resultado.

Manual De Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Los manuales de calidad pueden variar en cuanto a detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada organización en particular.

Mapa de Proceso: Es la representación esquemática del proceso y su interacción con otros procesos, en esta se reflejan los procedimientos que forman parte de la línea operativa del proceso, y aquellos que brindan apoyo o soporte para que se lleven a cabo.

Mejora continua. Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

No conformidad. Incumplimiento de un requisito

Parte interesada. Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad.

Política de la calidad de una entidad. Intención(es) global(es) y orientación(es) de una entidad relativa(s) a la calidad tal como se expresa(n) formalmente por la alta dirección de la entidad.

Procedimiento: Como parte integral de los procesos, los procedimientos son un conjunto de acciones específicas, estandarizadas y normalizadas que explican al detalle la forma en la que se debe realizar una tarea o acción.

Los procedimientos pueden estar o no documentados. Cuando en la NTCGP 1000:2004 aparezca el término “procedimiento documentado” significa se debe establecer, documentar, implementar y mantener dicho procedimiento.

Es la forma como se desarrolla cada actividad de un proceso y responde a las siguientes preguntas:

Qué se hace?
Quién lo hace?
Cómo lo hace?
Para qué hace?
En dónde se hace?

Proceso: Un proceso se entiende como una armonización de procedimientos que guardan una coherencia y secuencia lógica de trabajo para tomar un insumo o entrada y convertirla en un resultado, producto o salida. Los procesos tienen un carácter más global y genérico que los procedimientos y explican la generalidad de lo que ingresa, lo que se hace y lo que se genera en el sistema organizacional.

La suma o integración de los procesos de la Entidad componen el sistema organizacional.

Producto y/o servicio. Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

Proveedor. Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Los registros pueden utilizarse, por ejemplo, para documentar la trazabilidad y para proporcionar evidencia de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

Requisito. Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Riesgo. Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.
Satisfacción del cliente. Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

SGC: Sigla para denominar el Sistema de Gestión de la Calidad.

Sistema: Un sistema es un conjunto ordenado e interrelacionado de procesos y procedimientos, métodos y estrategias que contribuyen a realizar una gestión particular. En el caso de la E.S.E. la sistematicidad aplica tanto en la gestión Administrativa y Operativa, articulando e integrando las unidades que componen la estructura organizacional de tal forma que el trabajo y resultado de una unidad cualquiera se ve afectado y afecta directamente el trabajo y resultado de la otra.

Sistema de Gestión de la Calidad para entidades. Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

Trazabilidad. Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

2.11 Mapa De Procesos



2.12 Especificación mapa de procesos con sus respectivas siglas a utilizar

MACROPROCESO (MP)
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO (DE)
PROCESO GESTION ESTRATEGICA (GE)
PROCESO GESTIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL (GDI)
MACROPROCESO ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL (ASIS)
PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO (ADX)
Subproceso Laboratorio Clínico (LC)
Subproceso Polisomnografía (PS)
Subproceso Electroencefalografía (EE)
PROCESO DE APOYO TERAPÉUTICO (AT)

Subproceso Servicio Farmacéutico. (SF)
Subproceso Terapia Ocupacional. (TO)
Subproceso Trabajo Social. (TS)
PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (AA)
Subproceso Urgencias (UTI)
Subproceso Consulta Externa (CE)
Subproceso Programa Infantil (PI)
PROCESO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH)
Subproceso Hospitalización Crónicos (HC)
Subproceso Hospitalización Agudos. (HA)
Subproceso Hospitalización Farmacodependencia (HF)
Subproceso Hospitalizaciones Inimputables (HI)
Subproceso Hospital Día.(HD)
PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (PYP)
MACROPROCESO DE APOYO (AP)
PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (GTH)
PROCESO DE SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA (SIT)
Subproceso Sistemas (SIS)
Subproceso Gestión Documental (GD)
Subproceso Comunicaciones (COM)
Subproceso de Servicio de Información y Atención al usuario (SIAU)
PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABILIDAD (GFI)
Subproceso Cartera (CA)
Subproceso Presupuesto (PTO)

Subproceso Contabilidad (CT)
Subproceso Tesorería (TE)
Subproceso Facturación (FA)
Subproceso Auditoria (AU)
PROCESO DE GESTIÓN JURÍDICA Y DE CONTRATACIÓN. (GJU)
PROCESO DE GESTIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS (GRF)
Subproceso Almacén (ALM)
Subproceso Mantenimiento (MTO)
Subproceso Apoyo Logístico (AL)
Subproceso Gestión Tecnología Biomédica. (BIO)
MACROPROCESO DE EVALUACION Y CONTROL (EV)
PROCESO CONTROL INTERNO (CI)
PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN (SIG)
Subproceso Gestión De La Calidad (GC)
Subproceso Gestión Ambiental (GA)
Subproceso Seguridad Y Salud En El Trabajo (SST)

Otras ciclas a utilizar

TIPO DE DOCUMENTO	IDENTIFICACION
Manual	ML
Mapa	MA
Macroproceso	MP
Proceso	PR
Subproceso	SP
Caracterización	C
Procedimiento	P
Instructivo	I
Planes	PL
Programas	PGM
Guías	G
Protocolos	PT
Registros	R
Listas	LI

3. PROCEDIMIENTOS PARA LA ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

3.1 Objetivo

Establecer los criterios y responsabilidades para la elaboración, revisión, aprobación, distribución y actualización de los documentos del sistema de gestión de calidad, así como también garantizar un adecuado control de los registros.

3.2 Alcance

Cubre todos los documentos y registros involucrados en el sistema de gestión de calidad de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO incluyendo la administración de los manuales, caracterizaciones, procedimientos, protocolos, resoluciones y registros.

3.3 Responsabilidad

El cumplimiento de este procedimiento involucra a todo el personal de la Institución que requiera emitir documentos del SGC.

Los coordinadores de área y/o responsables de los procesos son los encargados de elaborar y/o actualizar los documentos relacionados con sus actividades.

La revisión y aprobación de los documentos se darán de acuerdo a las jerarquías dadas en el mapa de procesos.

El Jefe del Subproceso de Gestión de la Calidad (GC) es el responsable de la codificación, control de los registros y las actividades de archivo.

4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

4.1 Identificación, Codificación Presentación de los documentos .

Se define como fuente a utilizar en los documentos institucionales Arial con tamaño de 12, interlineado sencillo, márgenes normas Icontec y justificado.

Los documentos de la SGC contienen un encabezado que corresponde a su naturaleza de acuerdo a la jerarquía de la documentación establecida por la organización, para los siguientes documentos:

1. Caracterización de Proceso.
2. Procedimientos
3. Instructivos
4. Registros y/o formatos.

Adicionalmente contiene, el logo del Hospital Psiquiátrico San Camilo, nombre del documentos, nombre del macroproceso, nombre del proceso y subproceso al que pertenece, número de versión, número de página y codificación.

4.1.1 Modelo de Caracterización

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO			MP. Nombre del Macroproceso	
	PR. Nombre del Proceso			Código:	Versión: 03
				Página 1 de 2	
Nombre del macroproceso:					
Nombre de proceso:					
Referente del proceso:					
Objetivo del proceso:					
Alcance del proceso:					
Proveedores	Entradas	Subprocesos/actividades	Salidas	Clientes	
Documentos asociados		Participantes	Recursos		
<i>(Ver listado maestro de documentos)</i>					
Políticas de operación		Seguimiento y medición	Riesgos		
		<i>(Ver plan de medición)</i>	<i>(Ver mapa de riesgos)</i>		
Aspectos – impactos ambientales		Peligros – riesgos en el trabajo	Requisitos legales		
<i>(Ver matriz de aspectos e impactos ambientales)</i>		<i>(Ver matriz de peligros y riesgos en el trabajo)</i>	<i>(Ver matriz de requisitos legales)</i>		
Requisitos de los modelos de gestión aplicables al proceso					
MECI		Acreditación		Habilitación	
Control de cambios					
Versión	Fecha de actualización			Descripción del cambio	
	Día	Mes	Año		
ELABORADO POR:		REVISADO POR:		APROBADO POR:	
Nombre		Nombre		Nombre	
Cargo de quien elabora		Cargo de quien revisa		Cargo de quien aprueba	
FECHA: Día/Mes/Año		FECHA: Día/Mes/Año		FECHA: Día/Mes/Año	

4.1.2 Modelo de Procedimientos y Registros

	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MP. Nombre del Macroproceso	
	PR. Nombre del proceso	Código:	Versión: 00
		Página 1 de 2	

1. OBJETIVO

Propósito para el cual fue diseñado este procedimiento.

2. ALCANCE

Campo de aplicación del procedimiento-delimitación de las actividades cubiertas y descritas en el documento

3. DEFINICIONES

Aquellas palabras o conceptos específicos que son mencionados en la descripción del procedimiento. Se deben mencionar aquellos términos cuya interpretación puedan presentar dificultades para quien ejecuta el procedimiento.

4. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Persona (s) que se hace responsable de la ejecución del procedimiento.

5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

6. DETALLE DE ACTIVIDADES

Es la descripción secuencial en orden cronológico de las actividades y sus respectivas tareas, que tienen que realizar cada uno de los responsables para el cumplimiento del objetivo para lo cual fue creado el documento.

No	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control	Registro
Secuencia numérica conforme a la trazabilidad definida del procedimiento	Enunciar la actividad	Describir de la manera más completa posible la secuencia de las tareas a realizar.	Es aquel o aquellos funcionarios que deben garantizar la ejecución total de la tarea.	Son los mecanismos o acciones que permiten conocer el grado de avance del procedimiento o si aplica.	Se hace una referencia de los registros (documentos o formatos) que resultan de la ejecución de la tarea. Son la evidencia de la aplicación del procedimiento

6.1 DIAGRAMA DE FLUJO

	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MP. Nombre del Macroproceso	
	PR. Nombre del proceso	Código:	Versión: 00
		Página 2 de 2	

Es la expresión gráfica del procedimiento, que resulta de mucha utilidad porque facilita su análisis y rediseño. (Elaborado por la oficina de sistemas integrados de gestión).

7. DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO

(mismos registros mencionados en el cuadro de actividades)

8. CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSION	FECHA DE ACTUALIZACION			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DÍA	MES	AÑO	

9. DIFUSION

Una vez aprobados los procedimientos por parte de la subdirección científica, subdirección administrativa y/o gerencia, el proceso de sistemas integrados de gestión procederá a publicar en la herramienta INTRANET de la institución dichos documentos donde se informará de manera permanente el estado de la documentación de los diferentes procesos de la institución. El referente del proceso será el responsable del cumplimiento de cada una de las actividades descritas en el procedimiento, además realizará el despliegue y la comprensión de la información a los responsables de las actividades dejando evidencia de la reunión de difusión respectiva. La oficina de Sistemas Integrados de gestión tendrá bajo su custodia y control documental los documentos originales impresos.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Nombre de quien elabora Cargo de quien elabora	Nombre de quien elabora Cargo de quien revisa	Nombre de quien elabora Cargo de quien aprueba
FECHA: Día/Mes/Año	FECHA: Día/Mes/Año	FECHA: Día/Mes/Año

4.1.3. Modelo de Instructivos

	NOMBRE DEL INSTRUCTIVO	MP. Nombre del Macroproceso	
	PR. Nombre del proceso	Código:	Versión: 00
		Página 1 de 1	

1. OBJETIVO.
2. ALCANCE.
3. DEFINICIONES.
4. RESPONSABLE.
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.
6. DETALLE DE LAS ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	CONTENIDO		
	DESCRIPCION	RESPONSABLE	REGISTRO
1			
2			

7. CONTROL DE MODIFICACIONES


VERSION	FECHA DE ACTUALIZACION			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DIA	MES	AÑO	

8. DIFUSION

Una vez aprobados los procedimientos por parte de la subdirección científica, subdirección administrativa y/o gerencia, el proceso de sistemas integrados de gestión procederá a publicar en la herramienta INTRANET de la institución dichos documentos donde se informará de manera permanente el estado de la documentación de los diferentes procesos de la institución. El referente del proceso será el responsable del cumplimiento de cada una de las actividades descritas en el procedimiento, además realizará el despliegue y la comprensión de la información a los responsables de las actividades dejando evidencia de la reunión de difusión respectiva. La oficina de Sistemas Integrados de gestión tendrá bajo su custodia y control documental los documentos originales impresos

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Nombre Cargo de quien elabora	Nombre Cargo de quién revisa	Nombre Cargo de quién aprueba
FECHA: Día/Mes/Año	FECHA: Día/Mes/Año	FECHA: Día/Mes/Año

Cuando existe subproceso en los procedimientos, instructivos y registros se agrega una casilla en el encabezado para su respectivo nombre.

	Nombre del Documento	
	PROCESO: Nombre del Proceso	Nombre del Macroproceso
		Código: Versión:
SUBPROCESO: Nombre del Subproceso	Página 1 de xx	

A continuación, se muestran ejemplos que definen los códigos de un documento a utilizar.

Nombre del Macroproceso al que corresponde	Nombre del proceso al que corresponde	Nombre del Sub proceso al que corresponde(Si Aplica)	Tipo de documento	Versión del documento

Ejemplo 1

Nombre del Macroproceso al que corresponde:

- Evaluación y Control

Nombre del proceso al que corresponde:

- Sistemas Integrados de Gestión

Nombre del Sub proceso al que corresponde:

- Gestión de la calidad

Tipo de documento:

- Procedimiento

Numeración o versión del documento:

- 01

Nombre del Macroproceso al que corresponde	Nombre del proceso al que corresponde	Nombre del Sub proceso al que corresponde (Si Aplica)	Tipo de documento	Versión del documento
EV	SIG	GC	P	01

Codificación: EV-SIG-GC-P-01

Ejemplo 2:

Nombre del Macroproceso al que corresponde:

- Atención al Cliente Asistencial

Nombre del proceso al que corresponde:

- Apoyo Diagnostico

Nombre del Sub proceso al que corresponde:

- Laboratorio Clínico

Tipo de documento:

- Manual

Numeración o versión del documento:

- 04

Nombre del Macroproceso al que corresponde	Nombre del proceso al que corresponde	Nombre del Sub proceso al que corresponde (Si Aplica)	Tipo de documento	Numeración documento
ASIS	ADX	LC	ML	04

Codificación: ASIS-ADX-LC-ML-04

Para la caracterización de procesos, procedimientos, instructivos y registros en la parte inferior de la última hoja, se relaciona: el nombre, cargo y fecha de quien elabora, revisa y aprueba el documento; siguiendo la jerarquía del mapa de procesos con sus respectivas firmas.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Manuel Elkin Patarroyo Científico	Juan Manuel Perez Coordinador de Proyectos	Ivan Felipe Jaimes Gerente
FECHA: día/mes/año	FECHA: día/mes/año	FECHA: día/mes/año

Para llevar un adecuado control de los documentos estos se relacionan en el listado maestro de documentos con el fin de verificar que los documentos vigentes sean lo que estén en curso, a partir de la respectiva fecha de aprobación y/o actualización.

4.2 Identificación, Codificación y Presentación de los Manuales, Guías, Planes, Protocolos y Programas

Para la elaboración de documentos como: manuales, guías, protocolos y programas, se utilizará el presente formato, donde se especifica el nombre del documento, proceso, código, versión y fecha de aprobación del mismo; de igual forma incluirá Objetivos, Interesados, Políticas, Procesos Relacionados, Requisitos Legales Aplicables, Desarrollo del Manual, Política De Revisión Del Manual, Control De Cambios.

El código y formato será dado por la oficina de sistemas integrados de gestión.



MANUAL DE XXXXXXXX

Proceso: XXXXXX

Código:

Versión:

Fecha de aprobación: (Asignado por la Oficina de Sistemas integrados de gestión)

Empresa Social del Estado

San Camilo

Hospital Psiquiátrico

...Trabajo humanizado para su salud mental

4.3 Revisión y Aprobación de los Documentos

Los documentos deben ser revisados y codificados ante de su aprobación y distribución, de acuerdo con las responsabilidades identificadas.

El jefe de Macroproceso aprueba los documentos tanto en su primera versión como las actualizaciones que estos requieran.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Nombre Cargo de quien elabora	Nombre Cargo de quién revisa	Nombre Cargo de quién aprueba
FECHA: Día/Mes/Año	FECHA: Día/Mes/Año	FECHA: Día/Mes/Año

4.4 Divulgación y Distribución de los Documentos

Los documentos aprobados deben ser divulgados y distribuidos por el responsable de cada proceso a través de socializaciones y ubicación en las plataformas institucionales, es de aclarar que los originales de los documentos deben permanecer en los archivos de la oficina de sistemas Integrados de Gestión.

4.5 Actualización y control de Documentos

Los documentos deberán ser revisados anualmente y en caso que requieran ser modificados serán actualizados consecuentemente y aprobados respectivamente. En caso que se apruebe una modificación, la persona que lidere el subproceso de Gestión de la Calidad (GC) debe actualizar el listado maestro de documentos identificando la nueva versión y la fecha de aprobación.

Ejemplo:

El Procedimiento de mejora Continua Versión 01 Aprobado con fecha de 26 de octubre de 2012, al ser revisado se requirió una actualización al documento; la nueva versión es 02, con fecha de aprobación 31 de marzo de 2015.

Las modificaciones o cambios realizados deben ser identificados; estos se relacionan al final del documento actualizado como se ilustra a continuación.

VERSION	FECHA DE ACTUALIZACION			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DIA	MES	AÑO	
01	26	10	2012	Creación del procedimiento
02	31	03	2015	Se actualizó la plantilla, diagrama de flujo, logo institucional, código del registro y del procedimiento

4.6 Copias Controladas

Los documentos del sistema de gestión de calidad que requieren copias adicionales al original deben ser identificados como copias controladas, con un

sello “COPIA CONTROLADA”. De igual manera los documentos que salgan de la oficina pueden ser identificados como copias no controladas.

4.7 Documentos Obsoletos

Cuando un documento sea actualizado el documento original de la versión anterior debe ser identificado con un sello de “DOCUMENTOS OBSOLETO”, las demás copias deben ser recogidas una vez se distribuya la versión vigente y deben ser destruidas.

4.8 Control de Documentos Externos

Los documentos de origen externos y que afectan el sistema de gestión de calidad de la ESE HOSPITAL PSIQUATRICO SAN CAMILO deben ser identificados y controlados.

La correspondencia o comunicados recibidos se controla por medio del sistema de ventanilla única, se coloca un sello de radicado en el documento una vez esta ha sido registrado se relaciona en el formato de Control diario de Correspondencia interna y trámites administrativos. Posteriormente se procede a distribuir o direccionar a la dependencia respectiva, se guarda un registro de entrega en el formato de Control diario de Correspondencia interna y trámites administrativos entregados (AP-SIT-GD-P-04-R-13). Los documentos externos conservaran la identificación establecida por la Institución emisora.

4.9 Control de Modificaciones

VERSION	FECHA DE ACTUALIZACION			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DIA	MES	AÑO	
01	28	12	2018	Creación del Manual

4.10 Difusión

Una vez aprobados los procedimientos por parte de la subdirección científica, subdirección administrativa y/o gerencia, el proceso de sistemas integrados de gestión procederá a publicar en la herramienta INTRANET de la institución dichos documentos donde se informará de manera permanente el estado de la documentación de los diferentes procesos de la institución. El referente del proceso será el responsable del cumplimiento de cada una de las actividades descritas en el procedimiento, además realizará el despliegue y la comprensión de la información a los responsables de las actividades dejando evidencia de la reunión de difusión respectiva. La oficina de Sistemas Integrados de gestión tendrá bajo su custodia y control documental los documentos originales impresos.

ORIGINAL