

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	1/55



Manual de calidad

E.S.E ISABU 2017



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	2/55

CONTENIDO

CAPITULO I GENERALIDADES

- 1.1 INTRODUCCION.
- 1.2 OBJETIVO.....
- 1.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.....
- 1.4 COMPROMISO DE LA ALTA GERENCIA.....
- 1.5 DIVULGACION Y CONTROL DEL MANUAL.....
- 1.6 DEFINICIONES.....
- 1.7 NORMATIVIDAD RELACIONADA.....

CAPITULO II: NUESTRA ORGANIZACIÓN " E.S.E ISABU"

- 2.1 RESEÑA HISTORICA.....
- 2.2 ORGANIGRAMA.....
- 2.3 ORGANIZACIÓN.....
- 2.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....
- 2.5 PLANEACION ESTRATEGICA.....
- 2.6 PLATAFORMA ESTRATEGICA.....
 - 2.6.1 Misión.
 - 2.6.2 Visión.
 - 2.6.3 Principios - valores.
 - 2.6.5 Objetivos estratégicos.

CAPITULO III: SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD

- 3.1 ALCANCE.....
- 3.2 POLITICA DE CALIDAD.....
- 3.3 OBJETIVOS.....
- 3.4 LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE CALIDAD.....
- 3.5 COMUNICACIÓN INTERNA.....
- 3.6 REVISION POR LA DIRECCION.....
- 3.7 INDICADORES DE AL POLITICA DE CALIDAD.....
- 3.8 MAPA DE PROCESOS.....
- 3.9 DEFINICION DE PROCESOS.....
- 3.10 DESCRIPCION DE LOS PROCESOS.....
 - 3.10.1 Procesos estratégicos.
 - 3.10.2 Procesos misionales
 - 3.10.3 Procesos de apoyo
 - 3.10.4 procesos de evaluación y control a la gestión.
- 3.11 GESTION DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.....



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	3/55

- 3.11.1 Elaboraciones de documentos
- 3.11.2 Redacción de documentos
- 3.11.3 Codificación de los documentos
- 3.11.4 Distribución de documentos.
- 3.11 Recomendaciones generales.

3.12 AUDITORIAS INTERNAS.....

3.13 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.....

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	4/55

CAPITULO 1: GENERALIDADES

1.1 INTRODUCCION

El manual de calidad tiene como fin describir el Sistema de Gestión de la Calidad implementado por la ESE ISABU, en el cual se señalan las disposiciones adoptadas por la empresa para cumplir nuestra misión, visión, principios y valores, política de calidad, objetivos estratégicos, requisitos legales, contractuales y normativos relacionados con la calidad, así como también, los requisitos exigidos por la norma NTCGP 1000:2009 y el MECI, herramientas creadas para orientar a las entidades públicas hacia una gestión sistemática y transparente para dirigir y evaluar el desempeño institucional, ISO 9001 versión 2015, y el SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud). Mediante la adopción de procesos identificados y caracterizados por cada uno de las áreas funcionales y de servicios del ISABU.

El sistema a su vez es una herramienta de gestión institucional dirigida a facilitar las comunicaciones institucionales, la conservación del medio ambiente y la coordinación de acciones de mejoramiento para la obtención de productos y servicios que satisfaga y superen las expectativas de los usuarios, y, por tanto permitan dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción del cliente interno y externo.

La ESE ISABU ha diseñado el Sistema Gestión de la Calidad basado en procesos a través de la Oficina de Calidad y Auditoría, que entre otras tendrá como función la aplicación y mantenimiento del Sistema Gestión de la Calidad para que se ajuste permanentemente a los requisitos exigidos en la norma NTCGP 1000:2009, MECI, ISO SOGCS y a las necesidades y expectativas de los usuarios.

La implementación de la calidad con la NTCGP 1000:2009, MECI, SOGCS, ISO 9001 versión 2015, es incorporar la transparencia como principio para consolidar la institución que genere confianza; es también, trabajar armónicamente no sólo entre los entes públicos sino entre las mismas instituciones.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	5/55

1.2 OBJETO

Este manual tiene por objeto presentar la política de calidad, objetivos de calidad de forma clara y coherente con la estructura de la ESE ISABU y la implementación del Sistema de Gestión de Calidad con un enfoque basado en procesos, como herramienta de gestión que permita evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y seguridad social, asegurando la prestación de los servicios de salud como resultado de la interacción de los procesos definidos al interior de la empresa y que permitan atender y aumentar la satisfacción de nuestros usuarios.

1.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Este Manual aplica a todas las actividades de los procesos que se identificaron en el mapa de procesos de la E.S.E ISABU. Es importante constituir a la gestión de calidad como una herramienta que nos permita ejecutar acciones necesarias para ordenar, disponer y organizar los recursos utilizando procedimientos específicos y optimizando la relación entre resultados y recursos disponibles.

1.4 COMPROMISO DE LA ALTA GERENCIA

La alta gerencia de la E.S.E ISABU, está comprometida desde su plan de gestión institucional, a cumplir con las políticas y objetivos de calidad establecidos a través de la disposición de los recursos necesarios, la comunicación y la prestación de servicios tanto internos como externos satisfaciendo las necesidades de los mismos. Igualmente, la alta gerencia está comprometida en planear, organizar, dirigir y controlar los diferentes procesos y procedimientos tanto de las áreas de la institución como de los centros de salud con el apoyo de los coordinadores para hacer revisiones periódicas al sistema de gestión de calidad en pro de mejorar continuamente la prestación de los servicios de una forma ágil, eficiente, responsable y con calidad. Todas las decisiones y acciones de los funcionarios deben ser dirigidas a la satisfacción de las necesidades e interés de la sociedad, por encima de interés particulares ajenos al bienestar de la colectividad.

1.5 DIVULGACIÓN Y CONTROL DEL MANUAL

Este Manual entra en vigencia a partir de la fecha del acto administrativo que lo apruebe. Debe encontrarse divulgado entre todos los actores que hagan parte de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, de los cuales se encuentran los líderes de proceso subdirectores, jefes de oficinas, comunidad de Isabu y nuestros usuarios del servicio.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	6/55

1.6 DEFINICIONES

- **MANUAL:** documento que contiene la descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de tareas, funciones y procesos. Pueden contener información, autorizaciones o documentos necesarios, equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda auxiliar al correcto desarrollo de las actividades.
- **MANUAL DE CALIDAD:** es un documento donde se especifican la misión y visión de una empresa con respecto a la calidad, así como la política de la calidad y los objetivos que apuntan al cumplimiento de dicha política. Además, expone la estructura del Sistema de Gestión de Calidad; si es decisión de la empresa, el manual de calidad puede ser un documento público.
- **MAPA DE PROCESOS:** un proceso es un conjunto de actividades y recursos interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida aportando valor añadido para el cliente o usuario. Los recursos pueden incluir: personal, finanzas, instalaciones, equipos técnicos, métodos, etc.
- **PROCESO:** Es un conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **PROCESOS ESTRATÉGICOS:** Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.
- **PROCESOS MISIONALES:** Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la E.S.E ISABU, en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.
- **PROCESOS DE APOYO:** Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.
- **PROCESOS DE EVALUACIÓN:** 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.
- **CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS:** documento que describe las características generales del proceso, esto es, los rasgos diferenciadores del mismo.
- **PROCEDIMIENTO:** Es la forma establecida para llevar a cabo una actividad, en la cual se debe definir el responsable, actividad, registro y observaciones (si aplica). El documento detalla las instrucciones y pasos para la realización de las actividades que se llevan a cabo en cada una de las operaciones que conforman el procedimiento.
- **POLÍTICA:** Intenciones y dirección global de una organización tal como se expresan formalmente por la persona o grupo de personas que la dirigen y controlan al más alto nivel.
- **VISIÓN:** Es hacia dónde quiere llegar la organización en un tiempo determinado.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	7/55

- **MISIÓN:** formulación de los propósitos de una organización que la distingue de las demás.
- **ADMINISTRADOR DE LA DOCUMENTACIÓN:** funcionario que tiene a cargo la gestión y el control de la documentación relacionada con el Sistema de Gestión de Calidad. Es responsable de garantizar la disponibilidad de los documentos para consulta de los diferentes usuarios definidos en el Sistema, una vez el responsable de proceso o quién este delegue, actualice la documentación respectiva.
- **ADOPCIÓN:** actividad en la que se autoriza la entrada en vigencia y la puesta en funcionamiento de nuevos documentos del Sistema.
- **APROBACIÓN:** autorización para la aplicación de un documento de acuerdo con las políticas y objetivos de la organización, mediante la firma autorizada del mismo.
- **CALIDAD:** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **CONTROL DE CAMBIOS:** formato tipo utilizado para realizar el seguimiento histórico del documento.
- **COPIAS CONTROLADAS:** reproducción del documento sobre las cuales tiene control el Departamento de Garantía de Calidad.
- **DEFINICIONES:** contiene el glosario del vocabulario utilizado para el procedimiento a documentar, con el fin de aclarar el significado de términos poco entendibles o ambiguos, para que otras personas diferentes y/o que no intervienen en la documentación, ejecución y aplicación del mismo, entiendan y no mal interpreten el significado de los términos contenidos en éste.
- **DIAGRAMA DE FLUJO:** es la representación gráfica del (os) procedimiento (s) que debe seguirse para la ejecución de un subproceso o procedimiento. Se simbolizan con las convenciones establecidas en el presente documento, que son compatibles con las universales.
- **DOCUMENTO:** información y medio de soporte. Abarca tanto información contenida en el documento en sí, como las diferentes formas que estos podrían tener tales como los documentos escritos, los discos duros del computador, CD, cintas de video, audio y afiches entre otros.
- **DOCUMENTO CONTROLADO:** son los documentos físico o magnético que están bajo custodia del Departamento de Garantía de Calidad, quienes son los únicos autorizados para realizar modificaciones al documento.
- **DOCUMENTO NO CONTROLADO:** son aquellos que se generan en Garantía de Calidad pero son distribuidos las áreas o servicios de la E.S.E y a los entes externos.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	8/55

- **FORMATO:** documento empleado para registrar la información necesaria para la realización de un proceso o una actividad con el fin de recopilar información.
- **GESTIÓN DOCUMENTAL:** conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por la E.S.E ISABU, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
- **INSTRUCTIVOS:** documento que detalla la manera “cómo” se realiza una actividad específica, (al detalle, concreto). Se debe elaborar a manera de texto utilizando un lenguaje sencillo y entendible.
- **LISTADO DE CONTROL DE COPIAS:** Garantiza que se controle el número, ubicación y propiedad de cada copia, la cual forma parte del Control de Copias. Únicamente las copias registradas en esta lista se consideran copias controladas.
- **MEJORA CONTINUA:** acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño.
- **PRODUCTO O SERVICIO:** Resultado de un proceso o conjunto de procesos.
- **REGISTROS:** Son documentos o formatos diligenciados que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas.
- **REQUISITOS:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (de carácter legal).
- **REVISIÓN:** Verificación de un documento para determinar si lo que está escrito corresponde con lo que se hace.
- **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.
- **VERSIÓN:** Indica mediante un número la cantidad de veces que se ha modificado o actualizado el documento. Cada vez que se realice una modificación en el documento cambia dicho número, ejemplo 1, 2, 3...

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	9/55

1.7 NORMATIVIDAD

- **Constitución Política de Colombia. Art. 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

- **Ley 9 De 1979.** Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.

- **Ley 10 De 1990.** Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones

- **Ley 190 de 1995.** Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.

- **Ley 489 De 1998.** Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

- **Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Art. 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Decreto 1876 de 1994.** Por medio del cual se definen lineamientos en la organización y funcionamiento de las ESE.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	10/55

- **Ley 1438 de 2011.** Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud
- **Decreto 139 de 1996.** Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público.
- **La Ley 872 de 2003.** *Por el cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad de la Rama Ejecutiva del Poder Público, promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, esto es la identificación y gestión de la manera más eficaz, de todas aquellas actividades que tengan una clara relación entre sí y las cuales constituyen la red de procesos de una organización. La gestión por procesos define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos de la ciudadanía o partes interesadas.*
- **Decreto 943 de 2014** Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Resolución 2082 de 2014** Operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud
- Resolución 123 de 2012** Manual de estándares de acreditación
- **Decreto 1011 de 2006.** *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- **Resolución 256 de 2016** Por la cual se dictan disposiciones en relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- **Resolución 2003 de 2014.** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
- **Resolución 1446 de 2006.** Por la cual se definen el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- **Resolución 1445 de 2006.** Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Se definen los estándares que en el componente de acreditación deben cumplir las EPS e IPS.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	11/55

- **Ley 1122 De 2007.** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 2993 De 2011.** Modificación Juntas Directivas I Nivel Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1474 de 2011.** Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- **Resolución 710 de 2012.** Por medio de la Cual se adopta las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 152 De 1994.** Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- **Decreto 115 de 1996.** Por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.
- **Ley 1438 de 2011.** *Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud, y específicamente en sus artículos 6, 72, 74.*
- **Ley 1751 de 2015.** Ley Estatutaria de Salud. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.
- **Decreto 780 de 2016** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- **Ley 1753 de 2015. Artículo 1°.** Los Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	12/55

Acuerdo N° 006 de Junio 13 de 2016. Plan de Desarrollo 2016-2019 “Gobierno de las ciudadanas y los ciudadanos”. Éste Plan de Gobierno a cuatro años ofrece un camino para acercarnos a una sociedad más justa, más solidaria, más equitativa y más democrática.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	13/55

CAPITULO II: NUESTRA ORGANIZACIÓN “E.S.E ISABU”

2.1 RESEÑA HISTORICA

El instituto de Salud de Bucaramanga fue creado mediante los Decretos 668 de diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del Orden Municipal y tuvo como función principal ser el organismo encargado de la Dirección Local de Salud, adscrito al Sistema Nacional de Salud.

En 1994 son reestructuradas las entidades descentralizadas prestadoras de Servicios de Salud mediante el Decreto 1876 del 3 de Agosto del mismo año y el ISABU obtiene así la modalidad de Empresa Social del Estado, con la categoría especial de Entidad Descentralizada, con personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa, cuya función esencial es la **Prestación de Servicios de Salud**, entendidos como un Servicio Público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud; pero es sólo desde 1997 cuando realmente funciona con estas características.

En Agosto de 1998, entró en servicio el Hospital Local del Norte ubicándose allí la parte administrativa de la institución, que funcionó tradicionalmente en la Unidad Intermedia Médico Quirúrgica

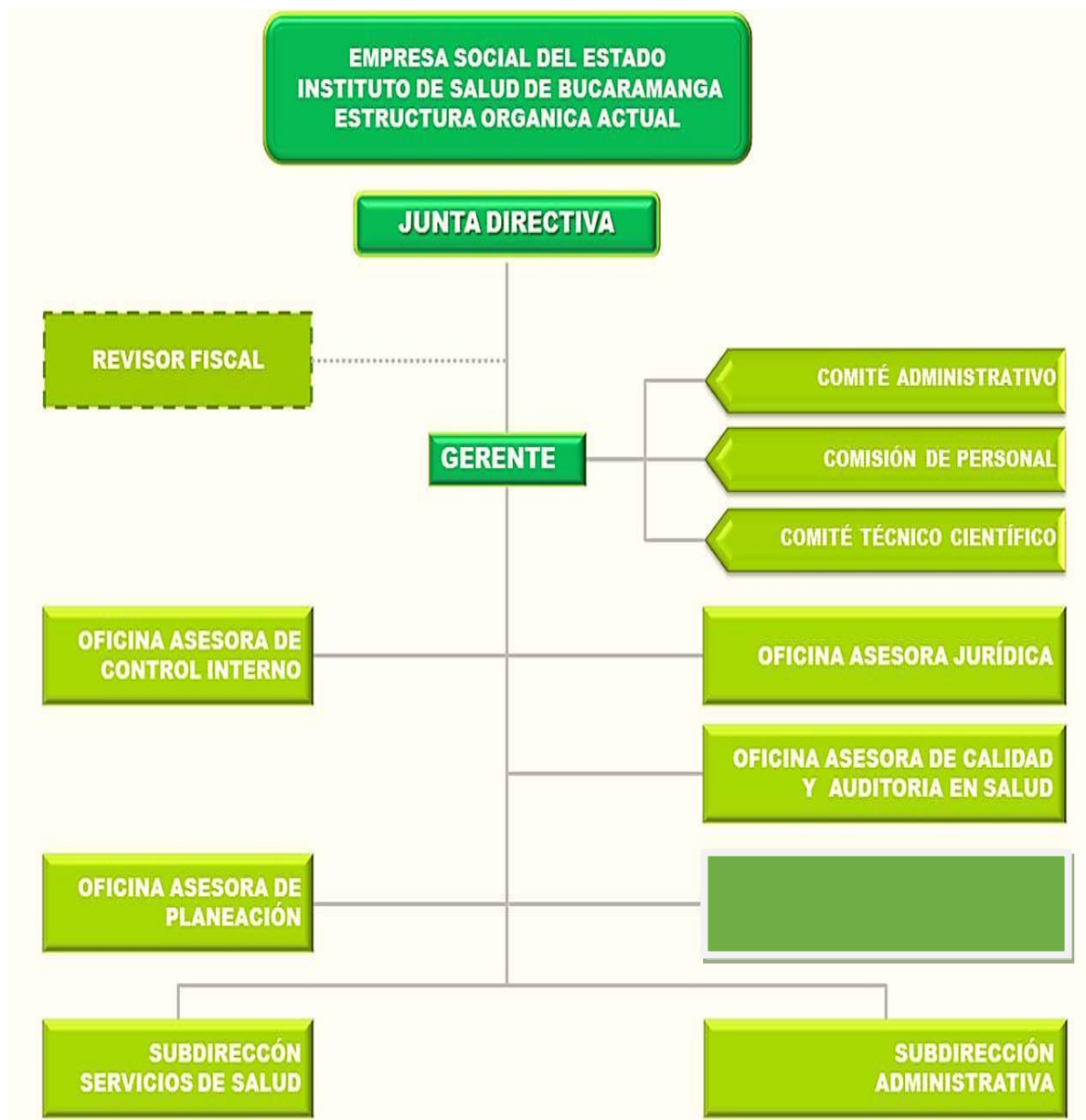
La ESE ISABU se encuentra en la capacidad de ofrecer diversos servicios de primer y segundo nivel, en cada una de las unidades operativas, incluyendo: El Hospital Local del Norte, la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita.

La ESE ISABU está organizada en red con 22 centros de salud y 2 unidades hospitalarias que prestan servicios de baja complejidad y servicios complementarios; su operatividad está enfocada en procesos estratégicos, misionales, apoyo y de evaluación permitiendo la funcionalidad de los diferentes procedimientos. Es importante en el trabajo que se realizará en este cuatrienio y dentro del marco del plan de desarrollo institucional **“Isabu avanzando con los ciudadanos 2016-2020”**, la constante actualización que tendrán los diferentes procesos, los cuales deberán ser integrales con las diferentes exigencias legales, de implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad, modelo estándar de control interno, y tendiendo de manera constante a su transversalización.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	14/55

2.2 ORGANIGRAMA

Internamente la institución presenta una organización administrativa, con la siguiente estructura:



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	15/55

2.3 ORGANIZACIÓN DE LA ESE ISABU

PERSONAL DIRECTIVO

La ESE ISABU está representada por la Junta Directiva y el Gerente.

- **Junta Directiva:** conformada por Seis (6) miembros, constituida de la siguiente manera:
 1. El Alcalde o su delegado quien lo presidirá
 2. El Jefe de la Dirección Local de Salud (Secretaría de Salud Municipal), o quien haga sus veces
 3. Un (1) Representante del estamento científico de la Institución, elegido mediante voto secreto por y entre los funcionarios de la empresa que tenga título profesional en áreas de la salud, cualquiera que sea su disciplina.
 4. Un (1) representante del estamento científico de la localidad elegido por el Director Local de Salud
 5. Dos representantes de la comunidad, elegidos así:
 - Un representante designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidas
 - Un representante designado por los gremios de la producción del área de influencia de la empresa
- **Gerente:** Su propósito principal, Gestionar procesos, procedimientos y protocolos para el mejoramiento continuo apoyándose en herramientas administrativas que faciliten la adopción e implementación de políticas, ejercerla representación judicial y extrajudicial de la empresa, ser nominador y ordenador del gasto, suscribir contratos y convenios de cooperación nacional e internacional de la ESE ISABU, todo esto ajustado a la Ley, Norma Técnica, Auditoría Médica, Estatutos, Misión, Visión, Objetivos Estratégicos y Política de Calidad.

Alrededor del grupo directivo, se encuentran las siguientes dependencias:

- **Revisora Fiscal:** Ejercer un control y análisis permanente sobre las actividades de la empresa para que las operaciones se ejecuten con mayor grado de eficiencia posible, y sobre el patrimonio, para que este sea adecuadamente protegido, conservado y utilizado.
- **Subdirección Servicios de Salud:** Su propósito principal, es dirigir la prestación eficiente, oportuna y eficaz de los servicios de salud propios del nivel de atención de la ESE ISABU para el logro de la, Misión, Visión, Objetivos Estratégicos y Política de Calidad y el mejoramiento continuo y su avance científico.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	16/55

En su especialidad de tal forma que sea competitivo y acorde con los requerimientos de calidad y oportunidad de sus usuarios, ajustados a la Ley, la Norma Técnica, Auditoría Médica, Estatutos.

- **Subdirección Administrativa:** Su propósito principal, Administrar procesos que faciliten la ejecución de políticas, programas referidas al Talento Humano y a la estabilidad financiera de la ESE ISABU, los cuales deben ser ajustados a Ley, Norma Técnica, Auditoría Médica, Estatutos, Misión, Visión, Objetivos Estratégicos y Política de Calidad.

ASESORES

- **Oficina Gestión y Control Interno:** Su propósito principal, Gestionar permanentemente la implementación, implantación, actualización y evaluación del Sistema de Control Interno y que éste se encuentre inmerso en la cultura organizacional de la ESE ISABU para el logro de la Misión, Visión, Objetivos Estratégicos y Política de Calidad.
- **Oficina Asesora Jurídica:** Su propósito principal, Asesorar y representar a la Empresa Social del Estado ISABU judicial y extrajudicialmente en asuntos de carácter jurídico frente a las autoridades competentes y organismos públicos privados.
- **Oficina Asesora de Planeación:** Su propósito principal, Asesorar y representar a la Empresa Social del Estado ISABU judicial y extrajudicialmente en asuntos de carácter jurídico frente a las autoridades competentes y organismos públicos privados.
- **Oficina de Calidad y Auditoría en Salud:** Su propósito principal, Gestionar la Auditoría en el área de la salud de la ESE ISABU, diseñando, desarrollando y administrando procesos de salud que tengan relación con una eficiente oportuna prestación del servicio y su salud, incluidos los procesos administrativos relacionados con el proceso de Auditoría en el área de la salud de la ESE ISABU, para de esta manera contribuir con el mejoramiento continuo institucional con sentido ético.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	17/55

2.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

De acuerdo a los procesos de re-organización institucional de las unidades de atención ambulatoria y hospitalaria de la E.S.E ISABU, se ha establecido una distribución de las unidades operativas de la siguiente forma.

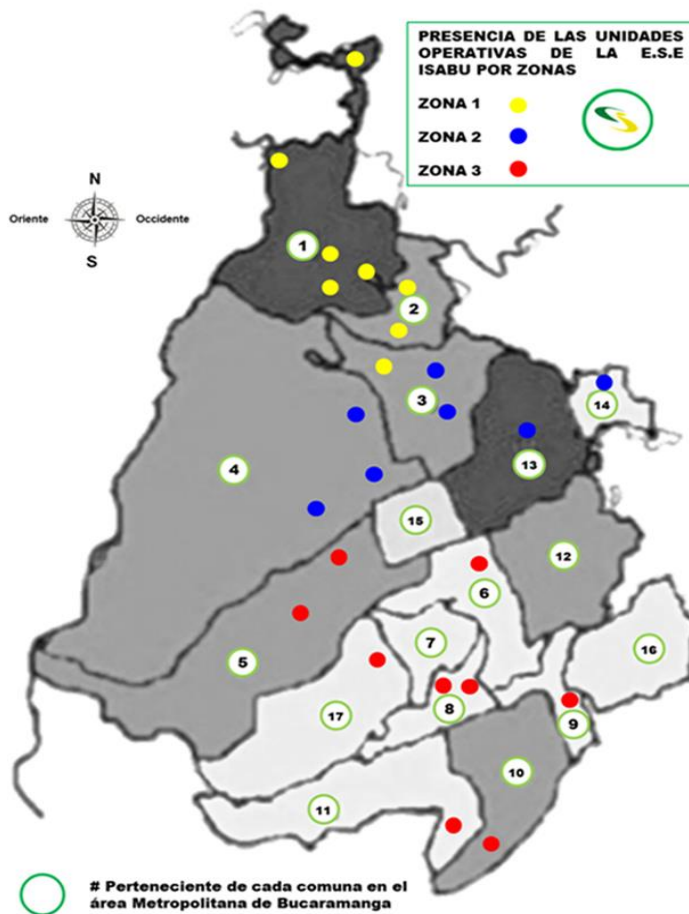
PORTAFOLIO DE SERVICIOS

- ZONA 1**

 1. CENTRO DE SALUD COLORADOS
 2. CENTRO DE SALUD CAFÉ MADRID
 3. CENTRO DE SALUD VILLA ROSA
 4. CENTRO DE SALUD KENNEDY (Cerrado temporalmente)
 5. CENTRO DE SALUD IPC
 6. CENTRO DE SALUD REGADEROS
 7. CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL
- ZONA 2**

 1. CENTRO DE SALUD GAITAN
 2. CENTRO DE SALUD GIRARDOT
 3. CENTRO DE SALUD SANTANDER
 4. CENTRO DE SALUD COMUNEROS
 5. UNIDAD INTERMEDIA MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA
 6. CENTRO DE SALUD MORRORICO
 7. CENTRO DE SALUD ROSARIO
- ZONA 3**

 1. CENTRO DE SALUD TOLEDO
 2. CENTRO DE SALUD LIBERTAD
 3. CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA
 4. CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO
 5. CENTRO DE SALUD PABLO VI
 6. CENTRO DE SALUD LA JOYA
 7. CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO
 8. CENTRO DE SALUD MUTIS
 9. CENTRO DE SALUD CONCORDIA



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	18/55

ZONA 1					
CENTRO DE SALUD	COMUNA	DIRECCIÓN	SERVICIOS	DÍAS	
CENTRO DE SALUD COLORADOS	1	AV. 52n #21-89	Vacunación	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Medicina General	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Martes y viernes	
			Odontología	Lunes a viernes	
			Sala de Procedimientos Menores	Lunes a viernes	
CENTRO DE SALUD CAFÉ MADRID	1	Cra 8 #33n-30	Vacunación	Lunes a viernes	
			Medicina General	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Jueves	
			Odontología	Lunes a viernes	
			Vacunación	Lunes a viernes	
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	1	Cra 11 #18b-50	Medicina General	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Miércoles	
			Odontología	Lunes y viernes	
			Vacunación	Lunes a viernes	
			Medicina general	Lunes a viernes	
CENTRO DE SALUD KENNEDY (Cerrado Temporalmente)	1	Calle 17 # Cra 12 Norte	Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Odontología	Lunes a viernes	
			Vacunación	Lunes a viernes	
			Medicina general	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
CENTRO DE SALUD IPC	2	Km 2 Vía la costa	Vacunación	Lunes a viernes	
			Medicina general	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Odontología	Lunes a viernes	
			Fisioterapia	Lunes a viernes	
			Terapia ocupacional	Lunes a viernes	
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Jueves	
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes	
			Consultorio Rosado	Lunes a viernes	
CENTRO DE SALUD REGADEROS	2	Cra 23 C # 1-04	Vacunación	Lunes a viernes	
			Medicina general	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Miércoles	
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL	3	Calle 2 # 10-45	Vacunación	Lunes a viernes	
			Medicina general	Lunes a viernes	
			Enfermería	Lunes a viernes	
			Programas de PYP	Lunes a viernes	
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Martes	

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	19/55

ZONA 2				
CENTRO DE SALUD	COMUNA	DIRECCIÓN	SERVICIOS	DÍAS
CENTRO DE SALUD GAITÁN	1	Cra 12 # 16-10	Vacunación	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
			Odontología	Marte y jueves
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD GIRARDOT	4	Cra 6 # 25-34	Vacunación	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Consulta prioritaria	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Farmacia	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Toma de electrocardiograma	Martes y jueves
			Toma de citologías	Lunes a viernes
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD SANTANDER	4	Calle 27 # 8 occ-35	Vacunación	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Martes
			Odontología	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	3	Calle 10 # 17-28	Vacunación	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
UNIDAD INTERMEDIA MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA- UIMIST	4	Cra 21 # 12-02 San francisco	Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Ginecobstetricia	Lunes a viernes
			Pediatría	Lunes a viernes
			Nutrición y Dietética	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Ginecobstetricia	Lunes a viernes
			Internación pediatría	24 horas
			Psicología	Lunes a viernes
Internación de cuidado básico neonatal	24 horas			
Servicio de urgencias pediátrica y	24 horas			

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	20/55

			ginecobstetricia	
			Laboratorio clínico y toma de muestras de laboratorio clínico	24 horas
			Farmacia	24 horas
			Odontología	Lunes a viernes
			Terapia respiratoria	Lunes a viernes
			Ultrasonido	Lunes a viernes
			Fisioterapia	Lunes a viernes
			Consulta prioritaria	Lunes a viernes
			Toma de citología	Lunes a viernes
			Atención del parto	Lunes a domingo
			Detección temprana alteraciones del embarazo	Lunes a viernes
			Detección temprana de cuello uterino	Lunes a viernes
			Detección temprana cáncer de seno	Martes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Planificación familiar hombres y mujeres	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD MORRORICO (CERRADO TEMPORALMENTE)	14	Kilómetro 1 vía pamplona CAI (Comando de acción inmediata)	Vacunación	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio	Martes y jueves
			Toma de citologías	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Programa de PYP	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD ROSARIO	13	Calle 34 # 35-57 Barrio Álvarez	Odontología	Lunes a viernes
			Consulta prioritaria	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio Clínico	Lunes a viernes
			Toma de citología	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Consultorio rosado	Lunes a viernes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Endodoncia	Lunes a viernes
			Consulta de salud ocupacional por médico	Lunes a viernes
			Farmacia	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Terapia ocupacional	Lunes a viernes
Toma e intervención de radiografías odontológicas	Lunes a viernes			
Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes			

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	21/55

ZONA 3				
CENTRO DE SALUD	COMUNA	DIRECCIÓN	SERVICIOS	DÍAS
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA	11	Calle 105 # 15d-28	Consulta prioritaria	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Consultorio rosado	Lunes a viernes
			Farmacia	Lunes a viernes
			Sala de Procedimientos Menores	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD LIBERTADT	3	Carrera 32 # 99-18	Vacunación	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Lunes a viernes
			Terapia ocupacional	Lunes a viernes
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
			Terapia física	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA	8	Calle 69 # 10-11	Vacunación	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Programas de PYP	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Miércoles
			Odontología	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO	10	Calle 122 # 19-59	Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio Clínico	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD PABLO VI	8	Carrera D #-Calle 67	Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio Clínico	Martes a viernes
			Sala de procedimientos Menores	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD LA JOYA	5	Calle 41 # 4-31	Enfermería	Lunes a viernes
			odontología	Martes y jueves
			Vacunación	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio Clínico	Martes y jueves
			Programa de PYP	Lunes a viernes

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	22/55

			Toma de citologías	Lunes a viernes
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO	5	Calle 45 # 0 Occidente -199	Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
			Toma de muestra de laboratorio clínico	Lunes, miércoles y viernes
			Programa de PYP	Lunes a viernes
			Toma de citologías	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD MUTIS	17	Carrera 2 w # 57-51	Consulta prioritaria	Lunes a viernes
			Odontología	Lunes a viernes
			Medicina general	Lunes a viernes
			Consultorio rosado	Lunes a viernes
			Farmacia	Lunes a viernes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Lunes a viernes
			Sala de procedimientos menores	Lunes a viernes
			Toma e intervención de radiografías odontológicas	Lunes a viernes
CENTRO DE SALUD CONCORDIA	6	Calle 53 # 21-63	Medicina general	Lunes a viernes
			Enfermería	Lunes a viernes
			Vacunación	Lunes a viernes
			Toma de muestras de laboratorio clínico	Miércoles
			Toma de citologías	Lunes a viernes
			Programa de PYP	Lunes a viernes

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	23/55

2.5 GESTION PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

-QUÉ ES LA PLANEACIÓN:

Es el proceso mediante el cual se determina de manera racional a dónde queremos ir y como llegar allá.

-OBJETIVOS DE LA PLANEACIÓN:

- Direccionar la toma de decisiones del presente y del futuro deseado
- Organizar los recursos hacia objetivos estratégicos
- Interrelacionar las distintas dependencias de la ESE alrededor de metas comunes y complementarias
- Hacer partícipe a la comunidad de la Empresa
- Contribuir al logro de objetivos favorables para la Institución.

En la planificación estratégica se tienen unos componentes claves que son:

-La Misión: Es la formulación explícita de los propósitos de la E.S.E, identifica sus tareas y actores participantes en el logro de los objetivos de la organización.

Expresa la razón de ser de la empresa. Da atención a interrogantes como:

¿Para que existe la E.S.E?,

¿Cuáles son los servicios que brinda la Empresa?,

¿Cuáles son los elementos diferenciales de la E.S.E?,

¿Quiénes son nuestros clientes?,

¿Cuáles son los objetivos de rentabilidad de la E.S.E?

¿Identifica la razón actual de existencia de la Empresa?

-La Visión: Es la declaración amplia y suficiente donde llegará la E.S.E ISABU, En 4 años. Debe ser comprometedora y motivadora de la pertinencia de todos los miembros de la organización. Señala el camino hacia el futuro esperado.

-Debe ser realista-posible, positiva, proactiva, consistente.

-Da atención a los interrogantes como:

¿Cómo será la E.S.E ISABU en 4 años?

¿Qué necesidades y expectativas del cliente podríamos satisfacer?

¿Qué avances en recursos (físicos, tecnológicos, humanos, etc.) tendremos en la ESE?

¿Dónde se desplegará la ESE ISABU?

¿Dónde queremos, debemos, podemos ir?

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	24/55

-Políticas, Principios y Valores Institucionales: Identifica las directrices que imparte la Alta Gerencia para guiar a la institución.

¿Qué inspira la vida de nuestra Empresa?,

¿Qué esperamos de nuestros trabajadores?,

¿Nos ubica en la forma de lograr el cumplimiento de nuestras actividades, bajo que lineamientos y parámetros?

-Análisis de la Situación Competitiva de la Institución (DOFA): Es una relación de cada una de las variables internas (debilidades y fortaleza) de la Empresa y de sus diferentes unidades y dependencias que la conforman. Igualmente relaciona los factores externos (amenazas y oportunidades) que afectan nuestra organización.

-Objetivos Estratégicos: Relaciona de manera global los resultados que esperamos obtener durante la vigencia del Plan de Desarrollo Institucional.

-Estrategias: Define de manera global el cómo se lograra dar cumplimiento a los diferentes objetivos estratégicos

-Programas: Define y organiza de manera global un conjunto de proyectos con fines específicos. Es un conjunto organizado de proyectos orientados a la consecución de un objetivo común.

-Proyectos: Son las mejores opciones para lograr la visión. Los proyectos estratégicos son los pocos vitales; son en realidad los factores claves de éxito. Deben ser consistentes con la misión y visión. Los proyectos estratégicos deben conducir a la acción y por tanto se recomienda los mismos inicien con palabras como: “Debemos”, “Necesitamos”. Identifican las actividades, recursos e indicadores de medición, y se estructuran bajo metodologías específicas de financiación acorde con las fuentes de los recursos. Los proyectos deben ser explícitos y consistentes.

-Presupuesto: Costos globales de inversión para la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

-Control de Gestión: Mecanismos finales de seguimiento, evaluación y cumplimiento de los diferentes proyectos y programas.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	25/55

2.6 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La Plataforma Estratégica está concebida como un conjunto de lineamientos generales, principios, valores y demás elementos conceptuales que sirven de base y referente para la formulación de los planes y proyectos de la entidad; se constituye en guía para la ejecución de las actividades y en esencia para su proyección futura. Generalmente es el resultado de un proceso colectivo de análisis interno y externo y tiene tendencia a perdurar.

2.6.1 MISIÓN

Somos la Empresa Social del estado organizada en red, que ofrece a los ciudadanos de Bucaramanga y su área de influencia, servicios de salud primarios y complementarios con altos estándares de calidad, enfoque preventivo o integral, humanización y vocación docencia servicio.

2.6.2 VISIÓN

Para el año 2020 la ESE ISABU, será una empresa auto sostenible, líder en el desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud (MÍAS), con talento humano competente, infraestructura moderna y tecnología de punta, para beneficio y goce efectivo de la salud de los ciudadanos de Bucaramanga y su área de influencia.

2.6.3 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

La salud es uno de los pilares del bienestar del ser humano. Nuestros principios están enfocados en orientar nuestro comportamiento en pro de realizarnos como personas y como institución, para permitir una sana y agradable convivencia.

• **Compromiso**

La responsabilidad de nuestras labores, tareas, actividades y la obligación en el cumplimiento de los deberes se ve en el sentido de pertenencia que tenemos hacia nuestra institución como se dice con la camiseta puesta buscando con ello llegar a la misión para la cual fue creada la ESE ISABU. Contamos con funcionarios comprometidos moralmente hacia nuestra entidad quienes exhiben comportamientos que van alineados con los objetivos misionales ya que se asumen esos objetivos como propios, es así que encontramos empleados y personas que prestan sus servicios que van más allá de la línea del deber y toman iniciativas que resultan beneficiosas para la entidad.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	26/55

• **Transparencia**

La verdadera amistad lleva a que el vínculo entre compañeros sea sincero y leal, apuntando esto al crecimiento personal e institucional. Es por ello que el factor humano en nuestra empresa es prioridad aprestándonos a la unión, a la fraternidad y al interés por nuestro compañero(a) de labores sin distinción alguna, demostrando así la integración total de la familia ESE ISABU.

• **Compañerismo**

Hace más fácil tomar decisiones cuando se trabaja en equipo dando como resultado soluciones de manera clara e inequívoca. Adicionalmente permite compartir las tareas encomendadas y nos conduce a la ayuda en casos de problemas, necesidades o catástrofes.

• **Solidaridad**

Con este valor estamos demostrando el alto grado de integración interna y externa, cuando nos adherimos total e limitadamente a una causa, situación o circunstancia lo que nos implica asumir y compartir beneficios y riesgos. En nuestra institución unimos lazos para cobijar de nuestros servicios y voluntad de trabajo a nuestros usuarios y comunidad en general cuando su estado de indefensión en cuanto a la salubridad se requiere.

• **Respeto**

El respeto es un valor fundamental para hacer posibles las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas ya que son condición indispensable para el surgimiento de la confianza en la sociedad, igualmente este valor permite que los funcionarios y quienes prestan sus servicios en nuestra institución puedan reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades de todas las personas, es por ello que reconocemos y respetamos los derechos y formas de pensamiento tanto de compañeros de labor como de nuestros usuarios permitiendo así que se viva en paz, en una sana convivencia con base en normas y principios.

• **Tolerancia**

Contamos con la capacidad de escuchar y aceptar a los demás, comprendiendo el valor de las distintas formas de entender la vida, sin permitir estas formas que atenten contra los derechos de los demás. Es por ello que nuestra consigna es que permanezca la armonía a pesar de la indiferencia contribuyendo así a la cultura de la paz, por eso aceptamos la riqueza infinita de las diversas formas de pensamiento y expresión de las personas, se aplica este principio para con los usuarios, con los jefes, los subalternos y compañeros (as) de trabajo.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	27/55

• Liderazgo

En nuestra empresa nos formamos como líderes basados en el conocimiento, la confianza, modelos de conducta y la integridad que nos lleva a la capacidad de conducir a los demás para alcanzar un objetivo o meta, teniendo claro que como líderes tomamos decisiones que afectan la institución de manera positiva, es por ello que cada uno de los que hacemos parte de la ESE ISABU somos cabeza visible, con carisma para tomar decisiones acertadas con la mayor responsabilidad hacia los compañeros (as) y la empresa.

2.6.5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los Objetivos Estratégicos son propósitos generales que guían la acción del equipo directivo en el período para el cual ha formulado su Plan de Gestión y bajo los cuales en adelante alineará y hará el despliegue del correspondiente Plan de Desarrollo Institucional y sus Planes Operativos, ajustando o reformulando los procesos internos, y bajo los cuales se programarán las demás actividades, de manera que le permita a la ESE el cumplimiento de su misión y objeto social que le da la razón de existir.

Se debe tener en cuenta que la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga es una entidad que hace parte del sistema de salud de la ciudad y que debe trabajar armónicamente en el logro de los objetivos formulados en el correspondiente Plan de Desarrollo “Gobierno de los Ciudadanos” y, por consiguiente, debe desarrollar sus acciones de manera coordinada con los demás integrantes del sistema tales como la Secretaría de Salud, y las demás instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público y privado, en pos del mejoramiento de la calidad de vida de las ciudadanas y ciudadanos de Bucaramanga, es así como planteamos nuestros (4) cuatro objetivos estratégicos:

1. ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA CON SERVICIOS SEGUROS Y DE CALIDAD

Garantizar la participación de los ciudadanos y ciudadanas para promocionar el modelo de atención en salud y la adecuada utilización de los servicios de salud, satisfaciendo las necesidades y expectativas y buscando el empoderamiento en el autocuidado mediante estrategias educativas, que permitan la minimización de riesgos.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	28/55

2. ARTICULACIÓN EN REDES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud de baja y mediana complejidad a cargo de la ESE ISABU, construyendo un sistema mucho mejor enfocado al servicio de los ciudadanos y ciudadanas articulada con la red de servicios definida para la ciudad y el Departamento, donde todas las IPS, EPS y todos los agentes del sector deberán confluír hacia prestar un mejor servicio, donde se logre la integralidad de la atención del usuario que es finalmente lo que busca el desarrollo del MIAS (Modelo integral de atención en salud), en condiciones de calidad y oportunidad, logrando un enfoque de Atención Primaria en Salud que sea primordial para que gran porcentaje de las atenciones de salud se den en el primer nivel.

Se espera que el mejoramiento en recurso humano, infraestructura y equipamiento biomédico de la ESE ISABU contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población y a su inclusión social, de conformidad con las metas definidas en el Plan de Desarrollo del Municipio de Bucaramanga y en plan de desarrollo institucional.

3. PREVENCIÓN Y SANEAMIENTO FISCAL Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Evidentemente, uno de los retos de las empresas sociales del Estado dentro del contexto de crisis generalizado en el sector salud, es garantizar su autosuficiencia financiera, que garantice la continuidad en la prestación de sus servicios esenciales de salud, bajo las normas mínimas de calidad y en condiciones de oportunidad. En ese sentido, es necesario definir y ejecutar acciones administrativas y financieras que conduzcan a contener los gastos y costos, así como generar los recursos necesarios para financiarlos, tales racionalización de procesos y procedimientos, ajustes institucionales, renegociación de contratos con entidades administradoras de planes de beneficios, recuperación de cartera, entre otros.

Bajo esta perspectiva, la Gerencia de la ESE tiene previsto ejecutar una serie de ajustes institucionales que le permitan prevenir déficit financieros que puedan deteriorar su calificación de nivel de riesgo por parte del Ministerio de Hacienda y que, eventualmente, pueda afectar su capacidad de respuesta a las demandas sociales.

Se espera que durante el período institucional de gestión, el ISABU mantenga su viabilidad financiera y, se generen las condiciones necesarias para su consolidación como la principal proveedora de servicios de salud de alta calidad a la población del municipio de Bucaramanga.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	29/55

4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL BAJO UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Fortalecer el desempeño institucional mediante la articulación de políticas, estrategias, procedimientos y mecanismos para la gestión de diferentes procesos logrando el cumplimiento de la misión y los objetivos estratégicos.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	30/55

CAPITULO III: SISTEMA GESTION DE LA CALIDAD

A continuación se muestra un diagrama donde se visualiza la ubicación del Manual de Calidad de la E.S.E ISABU dentro de la estructura global de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad



3.1 ALCANCE DEL SISTEMA GESTION DE LA CALIDAD

Desde la promoción y producción del Sistema de Gestión de la Calidad hasta su divulgación en todas las áreas de la ESE ISABÜ

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	31/55

3.2 POLITICA DE CALIDAD

La E.S.E Isabu, se compromete a establecer, documentar, implementar y mejorar continuamente el Sistema Integrado de Gestión de Calidad, con el propósito de asegurar la satisfacción de las necesidades del usuario, su familia, la comunidad, los proveedores y el Estado, enfocando su gestión hacia:

- La Gestión Social Integral
- La prestación de servicios de salud con Calidad y Calidez.
- El mantenimiento de un ambiente de trabajo saludable y seguro.
- La preservación del ambiente y reducción de los impactos ambientales.
- La medición y el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos.
- El cumplimiento de la legislación aplicable.

Todo lo anterior en armonía con el entorno y en función del desarrollo humano, social y ambiental de la institución.

3.3 OBJETIVOS DE CALIDAD

- Fortalecer y consolidar el Sistema de Gestión de Calidad de la E.S.E ISABU, a partir del modelo de Acreditación en Salud promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Articular los lineamientos del Sistema Único de Acreditación en Salud al Modelo Estándar de Control Interno institucional MECI 2014.
- Definir e implementar un Modelo de Atención Integral del paciente basado en un enfoque de gestión por procesos institucionales.
- Asegurar la definición y desarrollo de planes de acción que aporten al cumplimiento del Direccionamiento Estratégico Institucional.
- Definir e implementar mecanismos de medición y monitoreo de los niveles de cumplimiento y satisfacción de las partes interesadas, identificadas por La E.S.E ISABU.
- Mejorar la calidad de la atención en salud
- Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud.
- Mejorar la efectividad en los resultados en salud.
- Promover, gestionar e implementar la seguridad del paciente en la atención en salud.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	32/55

3.4 LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE CALIDAD

La E.S.E ISABU, entiende que la atención de pacientes es un proceso que requiere de la participación coordinada y articulada de los diferentes servicios, personas y demás componentes que se requieran para una atención eficiente, segura y humana acorde a las necesidades y condición del paciente institucional.

La E.S.E ISABU, debe revisar, ajustar y divulgar su modelo de atención de pacientes, asegurando que esté alineado a los procesos definidos en la E.S.E. para el adecuado funcionamiento de su sistema de gestión y el logro de los Objetivos Estratégicos de la institución.

3.5 COMUNICACIÓN INTERNA

La alta gerencia de la E.S.E Establecerá los procesos apropiados de comunicación y que ésta se efectúe considerando la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

3.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Trimestralmente se establecerá una revisión por parte de la dirección, con fin de asegurar la eficiencia y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, así como su adecuación a los cambios que sufra la Entidad y que lo impacten. En la revisión se evalúan las oportunidades de mejora y la necesidad de realizar cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, incluyendo la Política de Calidad y Objetivos de Calidad y el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

-Información para la revisión por la dirección

La información que se realizará por parte de la Dirección debe ser como mínimo la siguiente:

- Resultados y evaluaciones en los procesos de mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio.
- Revisión de objetivos y política de gestión de calidad.
- Resultados y avances de las auditorías internas realizadas.
- Desempeño de los planes, procesos y avances en el mejoramiento de la calidad.
- Acciones correctivas y preventivas para garantizar el cumplimiento de la política.
- Revisión de los informes o encuestas de satisfacción del usuario.
- Seguimiento a los planes que implementa el sistema de gestión de calidad con base en los informes de la respectiva área o servicio.
- Evaluación sobre los cambios que podrían afectar la gestión de la calidad.
- Recomendaciones para la mejora.
- Identificación de posibles riesgos para la Institución

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	33/55

3.7 INDICADORES DE LA POLITICA DE CALIDAD

- Porcentaje de satisfacción del usuario
- Mejoramiento continuo de la Calidad de acuerdo a autoevaluación de estándares de acreditación.
- Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción
- Porcentaje de cumplimiento del PAMEC
- Porcentaje de adherencia del personal al Programa de Seguridad del Paciente

3.8 MAPA DE PROCESOS



Para la definición del mapa de procesos de la ESE ISABU, se tuvo en cuenta los ocho Principios de Gestión de la Calidad, establecidos en la NTCGP: 1000:2009, como son:

- **Enfoque al cliente:** La ESE ISABU depende de sus clientes, por lo tanto debe comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** La Gerencia de la ESE ISABU quiere establecer un liderazgo que defina el propósito y la orientación de la organización. Este liderazgo debe mantener un

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	34/55

ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- **Participación del personal:** La ESE ISABU ha querido involucrar a todo su personal, en sus diferentes niveles, ya que considera que son la esencia de la entidad y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque basado en procesos:** La ESE ISABU considera que los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque de sistema para la gestión:** La ESE ISABU cree que identificando, entendiendo y gestionando los procesos interrelacionados como un sistema, contribuyen a la eficacia y eficiencia de una entidad en el logro de sus objetivos.
- **Mejora continua:** La entidad busca una mejora continua del desempeño global de la organización como objetivo permanente de esta.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** La entidad reconoce que las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** La entidad y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

3.9 DEFINICIÓN DE PROCESOS

Teniendo en cuenta los principios de calidad y la actividad que desarrolla la ESE ISABU, se definió la red de procesos que se llevan a cabo en la institución para el logro de sus objetivos.

El mapa de procesos se encuentra agrupado de la siguiente manera: procesos estratégicos, procesos prestación de servicios o misionales, procesos de apoyo y los procesos de evaluación.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	35/55

-Esquema del mapa de procesos

ESTRATÉGICOS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS O MISIONALES	DE APOYO	EVALUACIÓN
<p>C-1200 = Gestión planeación y direccionamiento estratégico</p> <p>C-1400 = Gestión de calidad</p>	<p>C-2002 = Gestión en salud publica</p> <p>C-2003 = Gestión atención ambulatorio.</p> <p>C-2004 = Gestión atención urgencias.</p> <p>C-2005 = Gestión internación</p> <p>C-2006 = Gestión cirugía y atención de partos</p> <p>C-2007 = Gestión de apoyo diagnóstico.</p> <p>C-2008 = Gestión apoyo terapéutico</p>	<p>C-3300 = gestión financiera.</p> <p>C-1100 = Gestión jurídica</p> <p>C-3100 = Gestión de talento humano</p> <p>C-3200 = Gestión de recursos físicos.</p> <p>C-3900 = Gestión de las tics</p> <p>C-3400 = Gestión documental.</p> <p>C-3600 = Gestión ambiental</p>	<p>C-1300 = Evaluación y control a la gestión</p>

3.10 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS

Es de vital importancia para E.S.E ISABU brindar sus servicios de manera segura a sus clientes tanto internos, como externos, según sea sus necesidades.

Por tal motivo se definieron 4 macro procesos:

- Los macro procesos estratégicos son desde donde se dan todos los lineamientos de la empresa
- Los macro procesos misionales son los que nos permiten materializar la misión de la empresa
- Los macro procesos de apoyo son los que nos permiten dar soporte a todos los procesos misionales
- Los macro procesos de Evaluación son los que nos permiten hacer control a la gestión y evaluar todos los procesos de la empresa



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	36/55

3.10.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

En este grupo se encuentran los procesos cuyo propósito es promover la política y objetivos de calidad, asegurar que los procesos son apropiados y se han implementado correctamente en procura del mejoramiento continuo del SGC y de la Institución.

Gestión planeación y direccionamiento estratégico

Este proceso busca establecer las estrategias, objetivos de la institución y los resultados esperados por la entidad a corto y mediano plazo, buscando mejorar para el beneficio de la comunidad

-Objetivo:

Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución

-Alcance:

Desde el diagnóstico institucional hasta la socialización, seguimiento y evaluación de los diferentes planes, programas y proyectos de la institución.

Gestión de calidad

-Objetivo

Asegurar la implementación y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), a través de la verificación y seguimiento de los procesos de la organización, buscando satisfacer al cliente y cumplimiento los requisitos pertinentes a la institución

-Alcance

Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad y a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Gestión de talento humano:

-Objetivos

Garantizar personal contratado y a contratar sea competente y este alineado con la planeación y el direccionamiento estratégico de la institución y así poder desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.

-Alcance

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	37/55

Desde la identificación de la necesidad del Talento Humano, el desarrollo del Programa de Gestión hasta su desvinculación.

3.10.2 PROCESOS MISIONALES

Son los procesos más importantes que contribuyen directamente al cumplimiento de la razón de ser de la institución. Son estos procesos, gestión en salud pública, atención ambulatorio, atención de urgencias, Internación, cirugía y atención de partos, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico.

Gestión en Salud pública:

-Objetivo

Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la ESE ISABU.

-Alcance

Desde la atención de los usuarios en forma Individual y/o colectiva, mediante la adherencia a los momentos de cursos de vida definidos en las RIAS (Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo, y de Atención Específica) hasta la finalización de las actividades enmarcadas para cada curso de vida.

Gestión atención ambulatoria:

-Objetivo

Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la ESE ISABU.

-Alcance

Desde el usuario con cita asignada hasta el usuario atendido o remitido, informado sobre su estado de salud, dando respuesta a su necesidad, enmarcado dentro del programa de seguridad del paciente y humanización del servicio.

Gestión atención de Urgencias



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	38/55

-Objetivo

Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE / UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA (HLN/UIMIST) según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial.

-Alcance

Desde el momento en que el usuario ingresa al servicio de urgencias hasta su egreso con situación definida (de alta, remitido, fallecido).

Gestión de Internación

-Objetivo

Garantizar el manejo pertinente, seguro y cálido a los usuarios que requieren del servicio de hospitalización para la recuperación de su salud, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, Cliente y de la ESE ISABU.

-Alcance

Desde la orden de hospitalización del usuario hasta su egreso de la institución

Gestión de cirugía y atención de partos:

-Objetivos

Brindar una atención integral al usuario que requiere intervención quirúrgica para el tratamiento y recuperación de su estado de salud y /o atención Gineco-obstétrica de urgencias y atención del parto, realizando todos los procedimientos con parámetros de calidad, seguridad y atención humanizada cumpliendo con los lineamientos y misión institucional.

-Alcance

Desde que el médico especialista solicita la intervención quirúrgica hasta que finaliza la atención en la Unidad de Cuidados Post- Anestésicos UCPA y se da de alta del servicio de cirugía, y para la atención Gineco-obstétrica desde que la paciente consulta por urgencia obstétrica hasta que se da alta del servicio o traslado según corresponda.

Gestión apoyo diagnóstico:

-Objetivo

Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.

-Alcance

Desde el usuario con orden de servicios (laboratorio clínico, imagenología) hasta la entrega de resultados al usuario o su responsable.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	39/55

Gestión apoyo terapéutico:

-Objetivo

Garantizar los servicios oportunos de Farmacia y Rehabilitación, relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

-Alcance

Desde el ingreso del usuario con orden de autorización de suministro de medicamentos/dispositivos médicos y/o de terapias (Física, Respiratoria, Ocupacional y Lenguaje) hasta la entrega de los insumos médicos mencionados y/o terminación del tratamiento terapéutico, enmarcado dentro del Programa de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.

3.10.3 PROCESOS DE APOYO

Como su nombre lo indica es un conjunto de procesos que tiene como propósito apoyar los procesos estratégicos, misionales y de evaluación, aportando los recursos necesario para el cumplimiento de sus fines y tomar decisiones sobre planificación, control y mejoras en las operaciones de la institución; forman parte de este grupo los procesos de gestión financiera, gestión jurídica, gestión de talento humano, gestión recursos físicos, gestión de las tics, gestión documental, gestión ambiental

Gestión financiera:

-Objetivo

Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución.

-Alcance

Desde el momento de la definición de los lineamientos, preparación, aprobación del presupuesto de ingresos y gastos, continuando con los derechos, obligaciones, recaudos y pagos, finalizando con el cierre presupuestal, contable y la presentación de la ejecución presupuestal y revelación de los hechos económicos a través del conjunto de estados financieros.

Gestión jurídica:

-Objetivos



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	40/55

Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución.

-Alcance

Desde cualquier requerimiento jurídico, hasta el término de los procesos de cualquier índole.

Gestión recursos físicos:

-Objetivos

Mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad.

-Alcance

Desde el momento del ingreso los insumos, equipos, vehículos, muebles y enseres en óptimas condiciones, su custodia y posterior despacho a todas las dependencias y el mantenimiento preventivo y correctivo de los activos fijos e infraestructura de la ESE ISABU.

Gestión de las tics:

-Objetivos

Implementar, soportar, mantener y respaldar el buen funcionamiento de los sistemas de información en cuanto a software y hardware; Así mismo, garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar la instalación de software no original, por medio del administrador de sistemas, como mecanismo de control de la Empresas Social del Estado Instituto de salud de Bucaramanga ESE ISABU.

-Alcance

Desde la Implementación y control del software y hardware de la organización hasta cumplir su ciclo de vida útil. Además del cumplimiento de normatividad vigente sobre el manejo, uso y almacenamiento de la información.

Gestión documental

-Objetivo

Gestionar el documento con el fin de garantizar su adecuada distribución, conservación y custodia con el propósito de disponer de la información oportunamente.

-Alcance

Desde la producción, recepción del documento, su trámite y tiempo de consulta hasta su preservación, archivo definitivo o eliminación

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	41/55

Gestión ambiental

-Objetivo

Implementar el Plan Institucional de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares a través de la coordinación de actividades que garanticen el manejo y disposición adecuada de los residuos y preservación de los recursos naturales.

-Alcance

Desde la generación de residuos hospitalarios y similares hasta su disposición final y el manejo adecuado de los recursos naturales (Recurso Hídrico y Energético).

3.10.4 PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL A LA GESTIÓN:

Estos procesos tienen como propósito coadyuvar la correcta implantación y gestión del sistema, así como el control de las actividades previstas para su mejoramiento, procesos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia y son una parte integral de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo

Evaluación y control a la gestión:

-Objetivo

Fortalecer el Sistema de Control Interno a través de la verificación selectiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendando los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia administrativa.

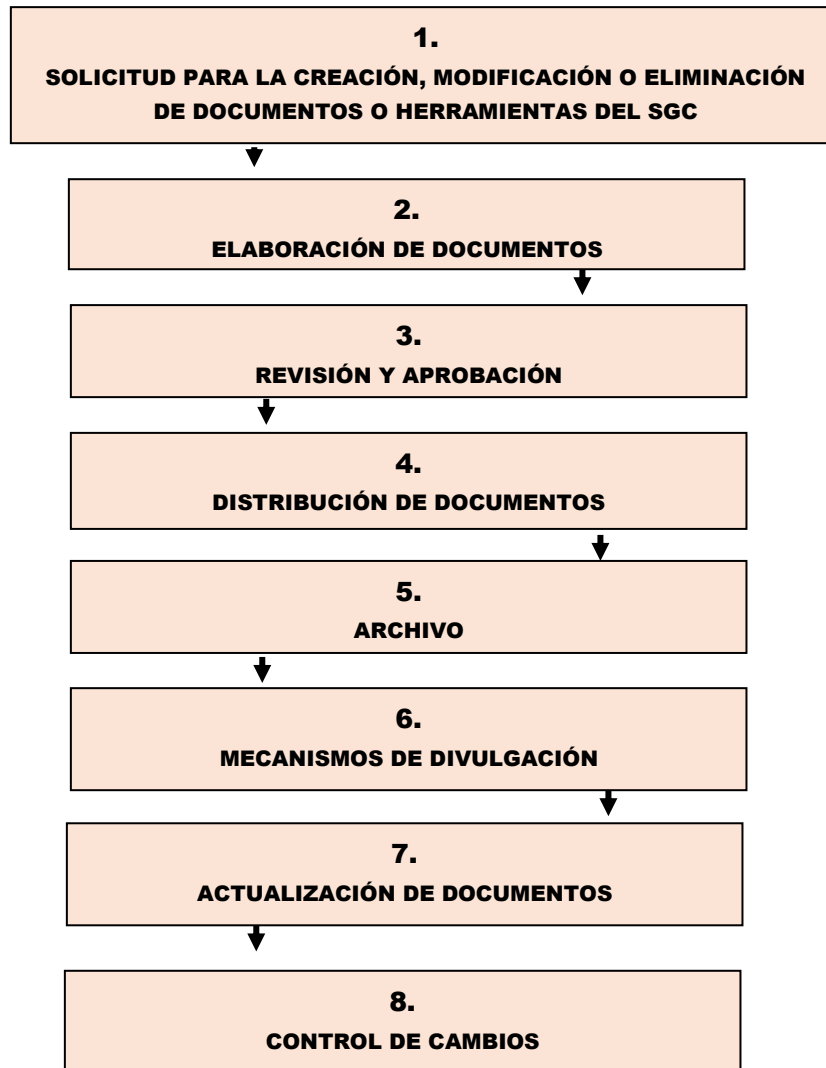
-Alcance

Inicia con el análisis de la plataforma estratégica de la entidad, los manuales de funciones y procedimientos de los diferentes procesos, planeando cada una de las actividades previstas en el programa general de auditorías, y finaliza con la evaluación de los resultados y la formulación de las recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la organización.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	42/55

3.11 GESTIÓN DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (SGC)

La gestión de los documentos del SGC comprende las siguientes fases:



1. SOLICITUD PARA LA CREACIÓN, MODIFICACIÓN O ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS O HERRAMIENTAS DEL SGC

Una vez se identifique la necesidad de crear, modificar o eliminar un documento del Sistema de Gestión de Calidad, cualquier funcionario del área o servicio puede imprimir o diligenciar en medio magnético el formato F-1400-01 Solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos o herramientas del Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	43/55

-Esta solicitud puede ser entregada por medio físico con la firma del Jefe del servicio solicitante, dando constancia que tiene conocimiento de la solicitud, o, por vía correo electrónico enviando al funcionario de la Oficina de Calidad y Auditoría asignado para el control documental. La Oficina de Calidad y Auditoría revisará el listado maestro de documentos y registros, con el fin de verificar si existe o no el documento solicitado para creación, modificación o eliminación y así evitar que haya duplicidad de documentos o se elimine alguno relevante. Así mismo informará al servicio solicitante la respuesta para continuar con el trámite.

-Cuando la solicitud corresponde a creación o modificación, el servicio solicitante debe realizar el documento o la modificación, recibiendo apoyo por la oficina de calidad, en cuanto a la metodología del documento.

-Cuando la solicitud corresponde a la eliminación de un documento, y se haya aprobado la solicitud por parte de la Oficina de Calidad y Auditoría, el responsable del proceso/servicio debe eliminarlo del servicio cuando éste, se encuentre en medio físico, de igual forma, debe garantizar que se elimine de los equipos de cómputo cuando su diligenciamiento es realizado en medio magnético.

2. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

-Generalidades

A continuación, se describen los lineamientos generales que deben contener los principales documentos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad:

- a) **Políticas institucionales:** las políticas institucionales solo estarán enmarcadas por los factores críticos de éxito definidos en la plataforma estratégica y que harán parte de los objetivos estratégicos de la organización. De manera adicional se tendrán en cuenta aquellas políticas que sean de implementación o creación obligatoria, como es el caso de programas institucionales IAMI, o la Política para el resto de actividades, programas o documentos. El responsable del proceso / servicio será quien deba ajustar los contenidos y objetivos del programa o documento con la plataforma estratégica de la ESE ISABU.
- b) **Mapa de procesos:** Es el documento que define gráficamente los procesos de la institución clasificándolos en Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo, Procesos de Control y Evaluación, buscando la alineación con el Organigrama institucional.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	44/55

- c) **Procesos y procedimientos:** Se deben elaborar en lenguaje sencillo, entendible, y en la plantilla institucional, conforme las actividades que se llevan a cabo al interior del proceso/servicio. La construcción de los procedimientos institucionales se realiza bajo el acompañamiento de la Oficina de Calidad y Auditoría, en cuanto la metodología de la plantilla.
- d) **Los Instructivos:** Son documentos que detallan “cómo” se realiza una actividad específica, de manera consecutiva y teniendo en cuenta los formatos a utilizar. Se deben elaborar en lenguaje sencillo, entendible y en la plantilla institucional.
- e) **Manuales, Planes, Programas y Protocolos Administrativos:** Deben contener como mínimo en su estructura: objetivo, alcance, y desarrollo del tema. Es permitido la inclusión de otros ítems tales como responsables, definiciones, figuras, tablas, gráficos, etc., dependiendo de la necesidad de desarrollar el tema dentro del documento, los cuales se dejan a criterio de quien elabora el documento.
- f) **Guías y/o protocolos médicos o de enfermería:** Para la elaboración de éstos documentos se tiene en cuenta el instructivo para diligenciar protocolo código F-1400-02 y el instructivo para diligenciar guía de práctica clínica código F-1400-03.

-Redacción de documentos

Se debe tener en cuenta en la redacción de los documentos los siguientes parámetros:

- Idioma español
- Tamaño del texto Arial 12
- Espacio sencillo entre líneas.
- La redacción debe ser de fácil comprensión
- En caso de utilizar abreviaturas se debe colocar el nombre completo y entre paréntesis la abreviatura.
- Tamaño carta: Manuales, procedimientos, instructivos.
- Tamaño oficio: Resoluciones y otros documentos cuando por volumen de los mismos, sea requerido.
- El tamaño del papel para los formatos varía según el contenido de la información que sea requerido.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	45/55

-Codificación de los documentos

La identificación alfanumérica que se le da a cada documento generado por el Sistema de Gestión de Calidad de la ESE se compone de:

MP: Mapa de procesos

C: Caracterización de Proceso

P: Procedimiento

I: Instructivo

IG: Indicador de Gestión

F: Formatos

PL: Planes

PN: Planos (se codifican de acuerdo al proceso al que pertenezca)

PG: Programas

PT: Protocolos (Aplica para Áreas Administrativas y Servicios de Apoyo Diagnóstico y terapéutico en donde no aplican guías o protocolos médicos ni de enfermería)

G: Guías de práctica clínica, Manejo de Enfermería, etc.

M: Manuales

FT: Ficha Técnica

POL: Política

CI: Consentimiento Informado

OD: Otro documento

N: Norma

TRA: Documento de referencia transversal

La codificación de los documentos estará a cargo de la Oficina de Calidad y Auditoría y se debe realizar según la nomenclatura de cada proceso que se muestra a continuación, tomando como referencia la Codificación Institucional de las Tablas de Retención Documental definidas por la ESE ISABU en su manual de Gestión Documental

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	46/55

TABLA 1.

CODIFICACION INSTITUCIONAL	NOMBRE DEL PROCESO	TABLA DE REGISTRO DOCUMENTAL TRD
OFICINA ASESORA PLANEACION	GESTIÓN PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	1200
OFICINA ASESORA DE CALIDAD Y AUDITORIA DE SALUD	GESTIÓN DE CALIDAD	1400
PROMOCION Y PREVENCIÓN (NO ORGANIGRAMA)	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	2002
ATENCIÓN AMBULATORIA (NO ORGANIGRAMA)	GESTION ATENCIÓN AMBULATORIOS	2003
GESTION ATENCIÓN DE URGENCIAS (NO ORGANIGRAMA)	GESTION ATENCIÓN DE URGENCIAS	2004
GESTION INTERNACION (NO ORGANIGRAMA)	GESTION DE INTERNACION	2005
GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS (NO ORGANIGRAMA)	GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS	2006
GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO (NO ORGANIGRAMA)	GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO	2007
GESTIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO (NO ORGANIGRAMA)	GESTIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO	2008
GESTION FINANCIERA (TESORERIA, CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO)	GESTION FINANCIERA	3300
OFICINA ASESORA JURICA	GESTION JURIDICA	1100
GESTION TALENTO HUMANO (NO ORGANIGRAMA)	GESTION DE TALENTO HUMANO	3100
GESTION DE RECURSO FISICOS (ALMACEN E INVENTARIOS)	GESTION DE RECURSOS FISICOS	3200
GESTION DE LAS TIC,S (SISTEMAS DE INFORMACION) (NO ORGANIGRAMA)	GESTION DE LAS TIC,S	3900
GESTION DOCUMENTAL (NO ORGANIGRAMA)	GESTION DOCUMENTAL	3400
GESTION AMBIENTAL (NO ORGANIGRAMA)	GESTION AMBIENTAL	3600
OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO GESTION	EVALUACION Y CONTROL A LA GESTION	1300

Estructura del Código: XX – TRD – CONSECUTIVO

Donde:

XX: Representa dos iniciales del tipo de documento al que pertenece el documento.

TRD: Número correspondiente según la Tabla de Retención Documental, donde se establece el número de dependencia.

Ejemplos de Codificación:

Ejemplo No. 1: Caracterización del Proceso de Gestión Atención Ambulatorios
Basados en lo descrito anteriormente sería:

- a) Caracterizaciones (C-2003)
 - Tipo de Documento: C
 - Separado por guion (-)

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	47/55

- Código de TRD que representa el proceso: 2003
- Separado por guion (-): No aplica porque solamente se hace una caracterización por proceso.
- Consecutivo del procedimiento: No aplica porque solamente se hace una caracterización por proceso.

b) Procedimientos: Asignación de Citas (P-2003-01)

- Tipo de Documento: P
- Separado por guion (-)
- Código de TRD que representa el proceso: 2003
- Separado por guion (-)
- Consecutivo del procedimiento: se inicia con el 01 y así sucesivamente.
-

Codificación de Formatos y otro tipo de documentos:

Los formatos soportes a los procedimientos serán codificados de acuerdo al código del proceso. Ejemplo: Formato Solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos o herramientas del Sistema de Gestión de Calidad (SGC): F-1400-01

- Abreviatura del Tipo de documento: F
- Separado por guion (-)
- Código de TRD que representa el proceso de Gestión de Calidad: 1400
- Separado por guion (-)
- Consecutivo del procedimiento: se inicia con el 01 y así sucesivamente.

Las bases de datos, cronogramas, informes o reportes de software, inventarios, serán enunciados en los procedimientos como registros, pero no tendrán código.

Nota: Codificación de las listas de chequeo, se codifican como un formato de acuerdo al proceso o subproceso al que pertenezca.

Codificación de Formatos y otro tipo de documentos:

Se consideran como anexos toda información complementaria que se genere a partir de un documento del Sistema de Gestión de Calidad o formatos de origen externo y que complementan la ejecución interna de los procesos. Los anexos no se codifican.

Tablas y Figuras

Las figuras y tablas que contengan los documentos del SGC deben enumerarse, ejemplo FIGURA 1, FIGURA 2, TABLA 1, TABLA 2, etc.



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	48/55

Estructura de los documentos

- Encabezado del documento y/o registro (Plantilla Institucional)

Se ubica en la parte superior de cada hoja. El encabezado tiene la estructura presentada a continuación:



NOMBRE DEL DOCUMENTO		Realizó / Actualizó:	FECHA	Nombre de la Oficina y/o cargo que Realizó	
		Revisó:	FECHA	Nombre de la Oficina y/o cargo que Revisó y codificó.	
		Aprobó:	FECHA	Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	1.0	Página:	48/55

- **LOGO:** se visualiza el logo actual de la E.S.E ISABU.
- **NOMBRE:** Nombre del Documento.
- **CÓDIGO:** Se asigna el código de acuerdo a la nomenclatura presentada, Codificación de los documentos, esta actividad la realiza la Oficina de Calidad y Auditoría.
- **VERSION:** Numero consecutivo que se asigna al documento indicando las veces que ha sufrido modificaciones, desde su elaboración se coloca como versión 01, sumándole sucesivamente cada vez que se actualice el documento.

Nota: En el encabezado de los formatos se utiliza esta misma estructura, la paginación se incluye cuando el formato tenga más de dos páginas.

Versión de los documentos y formatos

Aprobado el documento y/o formato, comenzará en la versión 01 e irá incrementándose en primera medida que sufra cambios de fondo, de igual manera se debe ajustar las fechas de revisión y aprobación.

En el Control de Cambios se deja la fecha original de elaboración y la oficina y/o Dependencia responsable de la elaboración del documento.

Cuando la solicitud es de eliminación del Sistema de Gestión de Calidad se debe tener en cuenta:

- Si el documento está en físico el responsable del proceso debe eliminarlo del servicio respectivo.
- La Oficina de calidad debe registrar en los listados maestros que el documento queda OBSOLETO.
- La Oficina de calidad debe colocar en el nombre del archivo OBSOLETO y ubicarlo en el medio magnético en la carpeta de OBSOLETOS.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	49/55

3. REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Elaborado el documento, se procede con la revisión por el responsable del proceso o quien designe, en donde se verifica que lo descrito en éste, corresponde con lo que se hace, reafirmando o modificando su contenido. Estas correcciones y/o ajustes son realizados por responsable del proceso o quien designe, sin embargo, la revisión final o VoBo del documento debe ser por el responsable del proceso o servicio.

Los responsables de cada fase de creación del documento se enuncian en la tabla para tal fin. En los documentos que no tienen plantilla institucional establecida, la tabla se ubicará en la última hoja del documento:

Elaboró y/o Actualizó:	(1)	Fecha:
Revisó:	(2)	Fecha:
Aprobó:	(3)	Fecha:

1) **Elaboró:** Nombre del cargo y/o dependencia que elabora o modifica la información, fecha de elaboración (AAAA/MM/DD). En caso que el documento sea trabajado por un grupo de personas, en este espacio se debe registrar la palabra “CONSENSO DE” seguido del tipo de servicio. Ejemplo: “CONSENSO DE MEDICINA”, “CONSENSO DE ENFERMERIA”.

(2) **Revisó:** la oficina de calidad, revisara el documento que cumpla con las especificaciones del presente manual y codificara el documento de acuerdo a la tabla de retención de la E.S.E ISABU, Nombre del cargo y/o dependencia que efectúa la revisión de la información de la Oficina de Calidad, en caso que el responsable del proceso sea quien lo haya elaborado, nombre del cargo con la competencia necesaria para determinar el cumplimiento de los requisitos para los cuales fue diseñado, fecha de revisión (AAAA/MM/DD).

(3) **Aprobó:** El documento será aprobado por el comité de calidad y fecha de aprobación (AAAA/MM/DD).

4. DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS

Desde la Oficina de Calidad y Auditoría se diligencia el formato F-1400-04 *Registro de distribución de documentos y control de copias*, con el fin de evidenciar las personas y procesos a quienes se les realiza la entrega oficial de los documentos o copias impresas vigentes.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	50/55

El responsable del proceso debe socializar y custodiar la(s) copia(s) o documentos impresos entregados por la Oficina de Calidad. Además, será el responsable de custodiar el documento impreso o la copia original para sus próximas reproducciones, las cuales se deben realizar de acuerdo a la necesidad del servicio evitando desperdicio de papel.

5. ARCHIVO

Los documentos originales se conservan archivados en medio magnéticos y uno en físico en la Oficina de Calidad y Auditoría.

De igual forma, se mantienen en el historial del sistema las versiones obsoletas de los documentos desde la versión inicial, en caso de ser requeridos para consulta por parte de los responsables de proceso.

6. MECANISMO DE DIVULGACIÓN

El responsable del proceso debe socializar la totalidad los documentos generados o actualizados a los funcionarios del proceso y otros procesos involucrados, dejando constancia en el formato *Listado de asistencia*, el cual se debe guardar en el archivo de gestión del área y/o servicio.

NOTA: Para todas las capacitaciones que se programen en un área o servicio es necesario tener en cuenta, cual es el 100% de la población a capacitar vs la asistencia real a la capacitación y determinar el porcentaje del personal capacitado buscando lograr como mínimo el 90% del total del personal a capacitar.

Se debe realizar un análisis de los resultados generales de la evaluación, tomando las acciones correctivas y preventivas cuando no se cumplen las metas.

- PAUTAS DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS

Los formatos del Sistema de Gestión de Calidad deben diligenciarse con base en las siguientes normas:

Diligenciamiento del formato en medio físico:

- Se deben diligenciar en letra legible
- No debe haber tachones ni enmendaduras.
- No es válido el uso de lápiz, esfero borrable ni corrector.
- Se debe usar esfero de color negro.
- Si se comete un error al momento del diligenciamiento del formato en físico, se debe trazar una línea diagonal sobre el renglón y diligenciar nuevamente en el siguiente renglón, en caso de que no haya más espacio, se debe colocar un

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	51/55

* Asterisco al lado del error, señalando con esto que al final de la hoja se colocará la corrección con otro * asterisco.

- Para espacios reducidos, anotar un asterisco * y al final de la hoja colocar * y efectuar la observación colocando el nombre de la persona que desarrollo la actividad y la fecha correspondiente.

En caso de presentarse varios asteriscos se debe enumerar *1 etc. para relacionarlas adecuadamente.

- Para escribir la fecha se escribe día/mes/año con slash (/) o guión.

Diligenciamiento del formato en medio magnético:

- Verificar los datos diligenciados antes de imprimir para que no se registren errores. Si el formato ya fue impreso, se debe eliminar esa impresión, corregir el error y volver a imprimir.

Normas generales para formatos en medio físico y magnético:

- Todos los ítems del formato deben ser diligenciados en sus columnas y en sus filas. En caso de que alguno de los campos no se deba diligenciar se debe registrar no aplica N/A.
- Todos los espacios en blanco que queden libres luego del diligenciamiento, deben ser anulados con una línea diagonal desde el primer renglón hasta el último no ocupado. Cuando el formato es diligenciado en medio magnético se debe llenar con xxxxxxxxxxxx los espacios que queden libres.
- Los registros deben mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos del proceso, así como la operación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.

7. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

Todos los documentos del SGC se deben actualizar cuando se presenten las siguientes situaciones:

- Cambios normativos, en el direccionamiento y demás que obligan a la modificación de un proceso.
- Hallazgos de auditoría aceptados que sugieran el cambio en las actividades del proceso.
- Implementación o inclusión en el proceso de estándares de calidad (acreditación).
- Estudios de carácter interno o externo que conducen a la mejora o simplificación de las actividades de un proceso.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	52/55

- Necesidades explícitas de los clientes internos y externos de la ESE que sugieren o conducen a modificaciones en los procesos.

El responsable del área o servicio conjuntamente con la Oficina Asesora de Calidad y Auditoría, evaluarán la necesidad de actualizar los procesos y procedimientos, así como los documentos que los componen.

Cada tres (3) años, el responsable del área o servicio evaluará la necesidad de actualizar las guías y protocolos de manejo médico y de enfermería, como lo establece la Norma de Habilitación vigente. Pero, periódicamente cada grupo médico o asistencial realizará los cambios que consideren necesarios a las guías y o protocolos de manejo, de acuerdo a innovaciones de tratamientos entre otros aspectos.

-RECOMENDACIONES GENERALES

- Se deben revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente teniendo como punto de referencia los periodos de actualización.
- Es responsabilidad del Líder de Proceso la revisión de la TOTALIDAD de los documentos y formatos que se utilizan en el área o servicio con el fin de garantizar su codificación por la Oficina de Calidad y Auditoría.
- El responsable de proceso debe garantizar que los documentos permanecen legibles, fácilmente identificables y están disponibles en los puntos de uso.
- El responsable de proceso debe velar por la identificación de los documentos de origen externo relativos a su proceso y por el control de su distribución.
- Si se tienen recomendaciones de mejora o cambio de formatos, estas deben ser presentadas primero ante la oficina de Calidad y Auditoría, quien las analizará y pondrá en ejecución. Antes de esto no se debe hacer ningún tipo de cambio en los formatos institucionales.

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizó:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría	
		Revisó/codificó:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	53/55

8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	RESPONSABLE	CAMBIO	VERSIÓN	ARCHIVO
XX-01-2018	Comité coordinador de control interno/calidad	Actualización del Mapa de procesos en donde Talento Humano pasa a Gestión de planeación y Direccionamiento estratégico	4.0	
	Comité coordinador de control interno/calidad	Revisión y actualización del Manual de Calidad con forme a la normatividad vigente	3.0	
2014-01-08	Comité coordinador de control interno/calidad	Revisión y actualización del Manual de Calidad con forme a la normatividad vigente,	2.0	
2009-07-30	Comité coordinador de control interno/calidad	Adopción del manual de calidad	1.0	Resolución 186
2009-05-13	Comité coordinador de control interno/calidad	Revisión y ajustes al Manual de Calidad en cuanto a los Objetivos de Calidad	D.E.D	
2008-11-12	Comité coordinador de control interno/calidad	Revisión y ajustes al Manual de Calidad	D.E.D	
2008-07-02	Comité coordinador de control interno/calidad	Elaboración de Manual de Calidad (Equipo Facilitador de Calidad y Auditoría)	D.E.D	

MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA

Con el fin de estandarizar, unificar criterios del Sistema de Gestión de Calidad, la E.S.E ISABU, planifica e implementa mecanismos de seguimiento y control para la medición, análisis y mejora, los cuales son necesarios para demostrar y asegurar la conformidad del servicio y mejorar continuamente la eficacia de la gestión de calidad.

-SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Se realiza el seguimiento a los procesos a través de los indicadores de gestión que son analizados de acuerdo al seguimiento y medición de los objetivos de calidad, los cuales están definidos en la ficha técnica de control de indicadores de los procesos, que son analizados por los encargados de cada área. Se examina el cumplimiento de los indicadores con el fin de alcanzar los resultados



MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	54/55

planificados y cuando no se logran las metas propuestas se adoptan acciones correctivas a las que haya lugar y se planifican estrategias para asegurar la conformidad de los procesos, generando oportunidades de mejoramiento.

-ANÁLISIS DE DATOS: La información de los indicadores es revisada por los coordinadores de cada área y se analizan los datos apropiados para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de identificar donde se pueden realizar mejoras a los procesos incluyendo datos generados por las actividades de medición y seguimiento.

-MEJORAS CONTINUAS: El Sistema de Gestión de Calidad permite a la E.S.E ISABU, un mejoramiento continuo cumpliendo con la medición de los indicadores de gestión y la política y objetivos de calidad. Teniendo en cuenta las auditorías internas, sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios nos permite implementar acciones de mejora en los servicios y procesos permitiendo la satisfacción en su totalidad y brindando oportunidades de mejora a las necesidades de los usuarios. Se establecen los procesos necesarios para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad, orientados a planear los esfuerzos de la identificación e implementación de las acciones de mejora.

-ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

El Sistema Gestión de Calidad, dispone de un procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas. Su objetivo es establecer la metodología para la toma de acciones correctivas y preventivas de las no conformidades reales o potenciales y prevenir su recurrencia. En este procedimiento se muestran las actividades a seguir en la revisión y determinación de No Conformidades y la implementación, registro y revisión de las acciones tomadas con el fin de eliminar la causa de la No Conformidad.

-AUDITORÍAS INTERNAS

El Sistema Gestión de Calidad, dispone de un procedimiento Auditorías Internas cuyo objetivo es verificar la implementación y aplicación del SGC identificando las deficiencias y promoviendo medidas para subsanarla para disponer de los resultados útiles en el análisis de la revisión por la dirección.

Para el control de documentos se debe tener en cuenta:

- Las auditorías internas serán desarrolladas por funcionarios.
- Las auditorías internas se ejecutarán según el programa de auditorías dispuesto al inicio de cada año
- Los auditores deben poseer atributos personales que les permitan actuar de acuerdo con los principios de conducta ética, presentación ecuaníme y debido cuidado

MANUAL DE CALIDAD		Realizó / Actualizo:	2017/12/12	Equipo Facilitador de Calidad y Auditoria	
		Revisó/codifico:	2017/12/15	Oficina de calidad	
		Aprobó:		Comité de calidad	
Código:	M – 1400 - 01	Versión:	4.0	Página:	55/55

profesional (NTC-ISO 9001:2008, NTC-ISO 19011:2011 Esta norma no establece requisitos, sino que provee una guía sobre el manejo de un programa de auditoria, sobre la planeación y realización de una auditoría a un sistema de gestión).

- La alta dirección asignará la autoridad para el programa de auditoría con el fin de establecer, implementar, realizar seguimiento, revisar y mejorar el programa de auditoría, así como también identificar los recursos necesarios y asegurarse de que se proporcionen.