



# **Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.**

**Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.  
Manual: MANUAL DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL**

 <p>Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.</p>	<p align="center"><b>Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.</b></p> <p align="center"><b>Proceso:</b> Gestión de Calidad  <b>Subproceso:</b> Mejoramiento continuo de la calidad  <b>Manual:</b> MANUAL DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL</p>	<table border="1"> <tr> <td><b>Código</b></td> <td>E-GC-MC-M-01</td> </tr> <tr> <td><b>Fecha</b></td> <td>2024-06-25</td> </tr> <tr> <td><b>Versión</b></td> <td>1</td> </tr> </table>	<b>Código</b>	E-GC-MC-M-01	<b>Fecha</b>	2024-06-25	<b>Versión</b>	1
		<b>Código</b>	E-GC-MC-M-01					
		<b>Fecha</b>	2024-06-25					
		<b>Versión</b>	1					

<b>Estratégico</b>	<b>Misional</b>	<b>Apoyo</b>	<b>Evaluación y control</b>
--------------------	-----------------	--------------	-----------------------------

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E establece el Manual de Estructura Documental como una herramienta que proporciona los lineamientos fundamentales para la creación, actualización, revisión, aprobación, codificación, almacenamiento y control del soporte documental que integra los procesos institucionales del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. y se enmarca en el Sistema de Gestión de Calidad. Los lineamientos descritos en el presente documento orientan al talento humano en la construcción y/o actualización del soporte documental de los procesos acorde a la dinámica y contexto de la institución. Adicionalmente, el presente manual define la jerarquía y la estructura con la que deben cumplir los documentos, garantizando la estandarización de estos, su alineación con el Mapa de Procesos Institucional y su despliegue en la entidad.

## OBJETIVO

Definir los lineamientos para elaborar, modificar, revisar, aprobar, y controlar los documentos que hacen parte de los procesos institucionales del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E mediante un enfoque sistémico que le permita a la institución la estandarización y mejora continua de los mismos.

## MARCO LEGAL

**Norma ISO 9001:2015.** es una norma internacional elaborada por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) que se aplica a los Sistemas de Gestión de Calidad de organizaciones públicas y privadas, independientemente de su tamaño o actividad empresarial.

**Resolución 5095 de 2018.** Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1”.

**Resolución 3100 de 2019.** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción.

**Acuerdo No. 05 del 11 de Junio de 2024.** “Por medio de la cual se modifica y actualiza el mapa de procesos como herramienta para la gestión efectiva del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E”.

## DEFINICIONES

**Calidad:** Grado en el que un conjunto de características o atributos inherentes al producto o servicio cumple con los estándares establecidos

**Calidad de la atención en salud:** La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

**Macroproceso:** Representa una descripción global de un conjunto de procesos, que soportan la estructura institucional y se representa en un Mapa de Procesos, en el HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. se encuentran

definidos Macroprocesos Estratégicos, Macroprocesos Misionales, Macroprocesos de Apoyo y Macroprocesos de Evaluación y Apoyo.

- **Macroprocesos Estratégico:** 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.
- **Macroprocesos Misionales:** Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.
- **Macroprocesos de Apoyo:** Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y/o medición, análisis y mejora.
- **Macroproceso de Evaluación y Control:** Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen 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.

**Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas entre sí que se realizan sobre unos insumos con el propósito de agregarles valor para obtener un producto o servicio.

**Caracterización:** es una herramienta táctica que facilita la descripción del cómo funcionan los procesos a través de la identificación de elementos esenciales que permiten la gestión y control de estos.

- **Indicadores de proceso:** son herramientas de gestión utilizadas para evaluar la calidad de un proceso, el rendimiento de las tareas el desarrollo de la gestión y el cumplimiento de objetivos.

**Ciclo PHVA:** Es una estrategia interactiva de resolución de problemas para mejorar procesos e implementar cambios.

- **Planear:** En esta etapa se definen los objetivos y se identifican los procesos necesarios para lograr unos determinados resultados de acuerdo a políticas organizacionales y necesidades por satisfacer, también se definen los parámetros de medición que se van a utilizar para controlar y seguir el proceso.
- **Hacer:** En esta etapa consiste en la implementación de los cambios o acciones necesarias para lograr las mejoras planteadas, mediante el desarrollo de un plan piloto a modo de prueba, estas pruebas deben ser controladas para validar su impacto en la institución.
- **Verificar:** Una vez puesto en marcha el plan piloto se debe verificar lo que se realizó y se debe valorar la efectividad de los cambios, posteriormente se debe garantizar una correcta socialización a todas las partes interesadas.
- **Actuar:** Una vez verificadas las pruebas y realizadas las correcciones necesarias se procede a tomar decisiones y acciones pertinentes para mejorar continuamente el desarrollo de los procesos, realizando la implantación a gran escala.

**Mapa de procesos:** es una representación gráfica que permite visualizar todos los procesos que se llevan a cabo dentro de la institución y sus interrelaciones que nacen desde las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, hasta el producto que genera su satisfacción.

**Lista de Chequeo:** Documento que contiene una lista de verificación que detalla uno a uno distintos aspectos que se analizan comprueban, verifican, con el fin de adoptar acciones de mejora.

**Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia del desarrollo de las actividades desempeñadas.

**Otros Documentos:** Hacen referencia a otros documentos tales como Portafolio de servicios, tablas, listas, resúmenes (Plegables) Informe de gestión, que hacen parte integral de la documentación y amplían conceptos de manera particular.

**Política:** Es una declaración emanada por la Dirección donde se expresa un **compromiso**, ya sea con los usuarios, proveedores o con la misma institución ejemplo (política de Seguridad del paciente, Política de declaración de derechos y deberes de los usuarios, Política de humanización, entre otras). La política se realizará mediante acto administrativo (resolución) de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

**Ejemplo la Política Institucional de seguridad del paciente:** Es la demostración explícita de la alta gerencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud del compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y para promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

**Acta de Reunión:** Es el documento escrito que registra los temas tratados y los acuerdos adoptados en una determinada reunión (Comités), con la finalidad de certificar lo acontecido y dar validez a lo acordado.

**Anexo:** Documentos que respaldan el objetivo del documento principal.

**Cronograma:** Corresponde a planeación de actividades para ser ejecutadas en fechas concretas a través de un calendario que sirve como herramienta de organización del plan de trabajo en un tiempo específico.

**Informe:** Documento a través del cual se describe los objetivos, los resultados y las conclusiones de una actividad ejecutada.

**Informe Gerencial:** Es un documento que contiene una recopilación detallada de los datos y resultados de la gestión realizada en un proceso, servicio o área funcional de la Institución acorde a las actividades asignadas o propias del Rol desempeñado en la E.S.E Hospital Regional de Sogamoso.

**Plan de acción:** Es la herramienta mediante la cual las diferentes dependencias de la entidad programan las actividades prioritarias de gestión, metas, productos y presupuesto relacionado, y es el referente para realizar el seguimiento durante la vigencia respectiva.

**Plan de cuidado:** es un Instrumento de ayuda que dispone el personal de enfermería para facilitar la aplicación de cuidados profesionales a la población.

**Plan de mejora:** El Plan de Mejoramiento es un conjunto de acciones sistemáticas que propende por el mejoramiento permanente de la gestión y los procesos de la entidad, el

cual se construye a partir de las fortalezas y debilidades encontradas en el proceso de evaluación realizado por los diferentes entes de control.

**Indicador:** Herramienta de medición del desempeño que se utiliza como guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios. Indicadores se refieren a la estructura, el proceso y los resultados y tienen un numerador y el denominador de manera que puedan ser comparados y punto de referencia.

Definiciones que hacen parte de un indicador.

**Unidad de medida:** Forma en que se expresan o resumen en cantidades los datos primarios de los casos o unidades analizadas.

**Fórmula:** Expresión matemática para medir la variación de la variable.

**Periodicidad o frecuencia de medición:** Lapso de tiempo en que se realiza la medición del indicador: trimestral, semestral o anualmente. La frecuencia de medición establecerá el referente para obtener los datos que darán la pauta para realizar el seguimiento e identificar la evolución del indicador.

**Meta del indicador:** Es el valor que debe alcanzar el indicador en un periodo especificado.

**Tipo del indicador:** Distinción dada al indicador de acuerdo a la tipología adoptada para la construcción de los indicadores, la cual considera indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad.

- **Eficacia (Procesos-atributos):** Grado en que se logran los objetivos y metas de un plan, es decir cuánto de los resultados esperados se alcanzó. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados. (Calidad, oportunidad, amabilidad, confiabilidad y servicio).
- **Eficiencia (Estructura-recursos):** Es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. En este caso se busca un uso óptimo de los recursos disponibles para lograr los objetivos deseados. (Personas, insumos, máquinas, equipos, tiempos, gastos y rotación).
- **Efectividad (Resultado-impacto):** Este concepto involucra la eficiencia y la eficacia, es decir, el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles. Supone hacer lo correcto con gran exactitud y sin ningún desperdicio de tiempo o de dinero. Rendimiento (Productividad, cobertura, beneficios y crecimiento).
- **Tendencia esperada o finalidad:** Describir el comportamiento del indicador en comparación con la

meta a lograr (minimizar, maximizar o conservar rango).

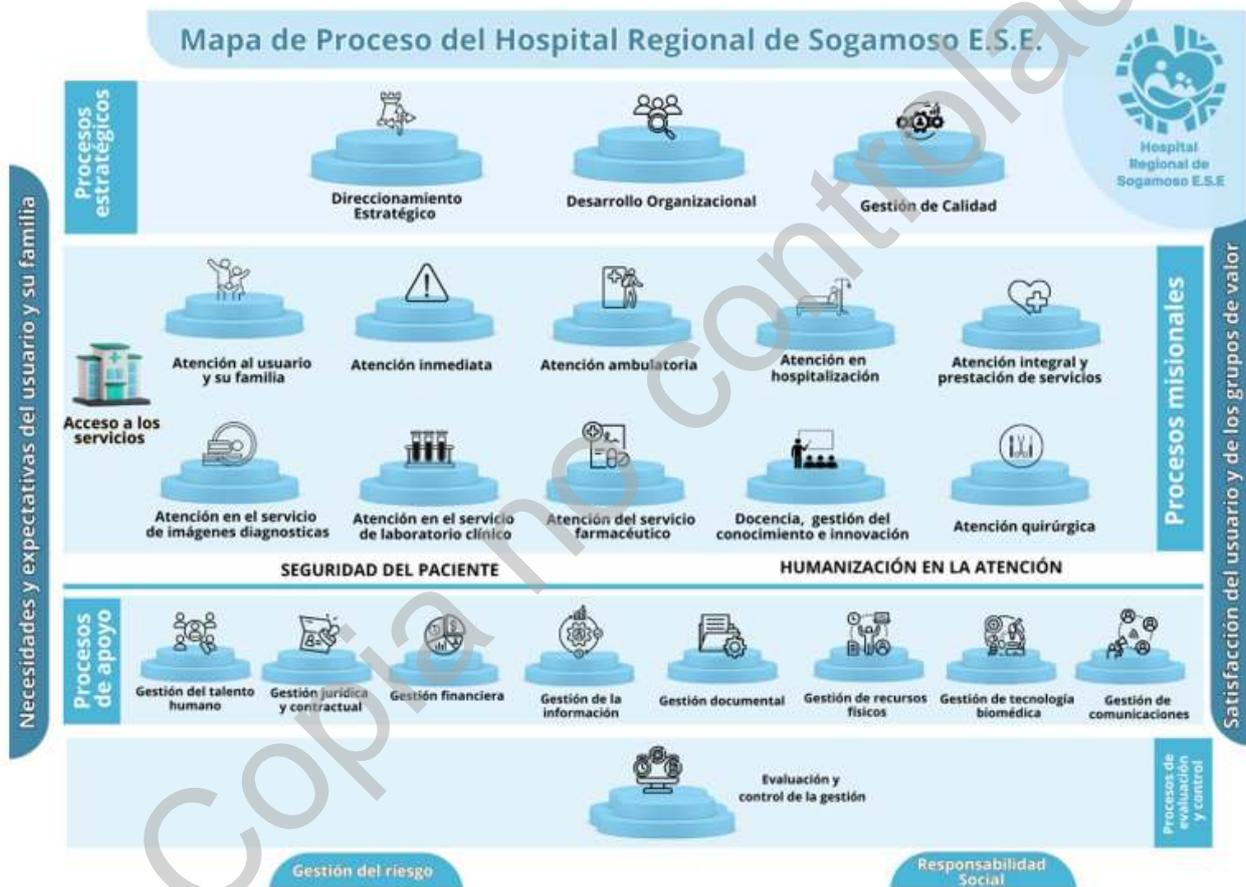
**Sistema de Gestión Integral SGI - ALMERA:** Constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de acreditación.

## DESARROLLO DEL MANUAL

### 1. Mapa de procesos

El Hospital Regional De Sogamoso E.S.E. orienta su gestión a un enfoque basado en procesos, los que conforman el modelo operacional de la institución se representan y visualizan gráficamente en el siguiente mapa de procesos, el cual fue modificado mediante Acuerdo No. 05 del 11 de junio de 2024.

Imagen 1. Mapa de procesos Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado y sedes adscritas



Fuente: Elaboración Proceso Gestión de Calidad.

### 1.1. Esquematización Mapa del Procesos

Tabla 1. Clasificación macroprocesos Hospital Regional De Sogamoso E.S.E.

MACROPROCESO	No.	PROCESO	SUBPROCESO		
ESTRATEGICO	1	Direccionamiento Estratégico	Direccionamiento Estratégico		
			Humanización		
	2	Desarrollo Organizacional	Planeación institucional		
			Gestión del riesgo		
	3	Gestión de Calidad	Mejoramiento continuo de la calidad		
			Seguridad del paciente		
MACROPROCESO	No.	PROCESO	SUBPROCESO	SERVICIOS	
MISIONAL	1	Acceso a los Servicios	Aseguramiento		
			Asignación de citas		
	2	Atención al usuario y su familia	Atención al usuario y su familia		
	3	Atención Inmediata	Urgencias		
			Referencia y Contrarreferencia		
	4	Atención Ambulatoria	Consulta externa general		Medicina
					Odontología
					Rutas de Promoción y mantenimiento
					Vacunación
					Toma de muestras de cuello Uterino y Ginecológicas
			Medicina familiar		

			Consulta externa Especializada	Cirugía Vascular Infectología Cirugía Maxilofacial Cirugía Oral Cirugía Plástica y estética Cirugía Ginecológica y laparoscópica Cirugía Dermatológica Urología Psiquiatría Pediatría Ortopedia y/o Traumatología Nutrición y Dietética Neurología Medicina Interna Medicina Física y Rehabilitación Ginecobstetricia Gastroenterología Dermatología Cirugía pediátrica Neurocirugía Cirugía General Anestesia
	5	Atención en Hospitalización	Hospitalización General	Hospitalización General
			Cuidado intensivo Neonatal	Cuidado Básico Neonatal Cuidado Intensivo Neonatal Cuidado Intermedio Neonatal
			Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intermedio Adulto Cuidado Intensivo Adulto
	6	Atención Integral y prestación de servicios	Atención centrada en el usuario y su Familia	Pertinencia en la atención GPC Control de la Gestión Hospitalaria

				Soporte Nutricional y metabólico
				Clínica de Heridas
			Programas con enfoque diferencial	IAMII
				Rutas integrales de atención
			Cuidado de Enfermería	
			Epidemiología	Salud Pública
			Atención Terapéutica	Fisioterapia
				Terapia Respiratoria
				Terapia Ocupacional
				Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje
				Psicología
			Esterilización	
			Atención Quirúrgica	Cirugía Vascul y Angiológica
				Cirugía Maxilofacial
				Cirugía Oral
				Cirugía Plástica y estética
				Cirugía Ginecológica y laparoscópica
				Cirugía Dermatológica
				Cirugía Urología
				Cirugía Ortopédica
				Cirugía pediátrica
				Procedimientos de Gastroenterología
				Neurocirugía
			Cirugía General	
	7	Atención Quirúrgica		

Copia no controlada

	8	Docencia, Gestión del conocimiento e innovación	Docencia, Gestión del conocimiento e innovación	
	9	Atención del servicio Farmacéutico	Dispensación de medicamentos y asesoría farmacológica	
			Central de mezclas	
			Laboratorio Clínico	
	10	Atención en laboratorio Clínico	Patología	Laboratorio de Histotecnología Autopsia Clínica Laboratorio de Citología Cérvico-Uterina
			Gestión Pre-transfusional	
	11	Atención en Imágenes Diagnosticas	Atención en Imágenes Diagnosticas	
<b>MACROPROCESO</b>	<b>No.</b>	<b>PROCESO</b>	<b>SUBPROCESO</b>	
APOYO	1	Gestión del talento humano	Administración del Talento Humano	
			Transformación Cultural	
			Seguridad y Salud en el trabajo	
	2	Gestión Jurídica y Contractual	Contratación	
			Gestión Jurídica	
	3	Gestión de la información	Gestión de la información	
	4	Gestión Documental	Gestión Documental	
	5	Gestión de Recursos Físicos	Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria y equipo industrial	
			Gestión Ambiental	

			Gestión de Bienes y Activos e interdependencia de Servicios
	6	Gestión de la Tecnología Biomédica	Gestión de la Tecnología Biomédica
	7	Gestión Financiera	Presupuesto
			Costos
			Mercadeo
			Facturación
			Cuentas Medicas
			Cartera
			Tesorería
	8	Comunicaciones y posicionamiento Institucional	Comunicaciones y posicionamiento Institucional
<b>MACROPROCESO</b>	<b>No.</b>	<b>PROCESO</b>	<b>SUBPROCESO</b>
EVALUACIÓN Y CONTROL	1	Control interno de gestión	Control interno de gestión

			Gestión de Bienes y Activos e interdependencia de Servicios
	6	Gestión de la Tecnología Biomédica	Gestión de la Tecnología Biomédica
	7	Gestión Financiera	Presupuesto
			Costos
			Mercadeo
			Facturación
			Cuentas Medicas
			Cartera
			Tesorería
	8	Comunicaciones y posicionamiento Institucional	Comunicaciones y posicionamiento Institucional
<b>MACROPROCESO</b>	<b>No.</b>	<b>PROCESO</b>	<b>SUBPROCESO</b>
EVALUACIÓN Y CONTROL	1	Control interno de gestión	Control interno de gestión

Fuente: Elaboración propia

**Macroprocesos Estratégicos:** Los procesos estratégicos tienen como propósito la determinación de políticas internas, estrategias, objetivos y metas de la entidad en coherencia con la plataforma estratégica

**Macroprocesos Misionales:** Los procesos misionales del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado; tienen como propósito fundamental prestar servicios en salud bajo un enfoque centrado en el paciente y su familia el cual se estandariza a través del modelo de atención que se fundamenta en la humanización, la seguridad del paciente y la gestión del riesgo, promoviendo de esta manera la mejora continua de los procesos y la calidad de la atención desde y para las personas, generando beneficio para los pacientes, sus familias y cuidadores, el personal de salud, el personal administrativo y la sociedad en general.

**Macroprocesos de Apoyo:** Los procesos de apoyo del Hospital Regional de Sogamoso orientan sus actividades a brindar los recursos necesarios para una operatividad eficaz y eficiente de la misión y el cumplimiento de metas Institucionales.

**Macroprocesos de Evaluación y Control:** Evalúa la efectividad del Sistema Integrado de Gestión institucional a través de la auditoría independiente de los procesos, ejecución de planes estratégicos, la evaluación de planes y la gestión del riesgo, así como la presentación de informes a entes de control que le permitan a la institución establecer acciones para el mejoramiento continuo.

## 1.2. Caracterizaciones de Procesos

Dado que, el numeral 4.4 de la NTC-ISO 9001 DE 2015, establece que las entidades deben determinar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad y su aplicación y adicionalmente caracterizarlos teniendo en cuentas: la determinación las entradas y las salidas de los procesos, secuencias e interacciones de los procesos, definición y aplicación de mediciones e indicadores, determinación de recursos y asignación de responsabilidades, evaluación de los procesos e implementación de mejoras, el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. realiza implementación del Sistema de Gestión Integral SGI - ALMERA, como herramienta de apoyo para el desarrollo de los componentes de caracterizaciones de procesos mencionados anteriormente.

Las caracterizaciones de procesos pueden ser consultadas en libros en Excel como anexos a este documento o pueden ser visualizadas en SGI - ALMERA por cada usuario activo en el sistema, se encuentran alojadas en cada proceso del mapa de procesos.

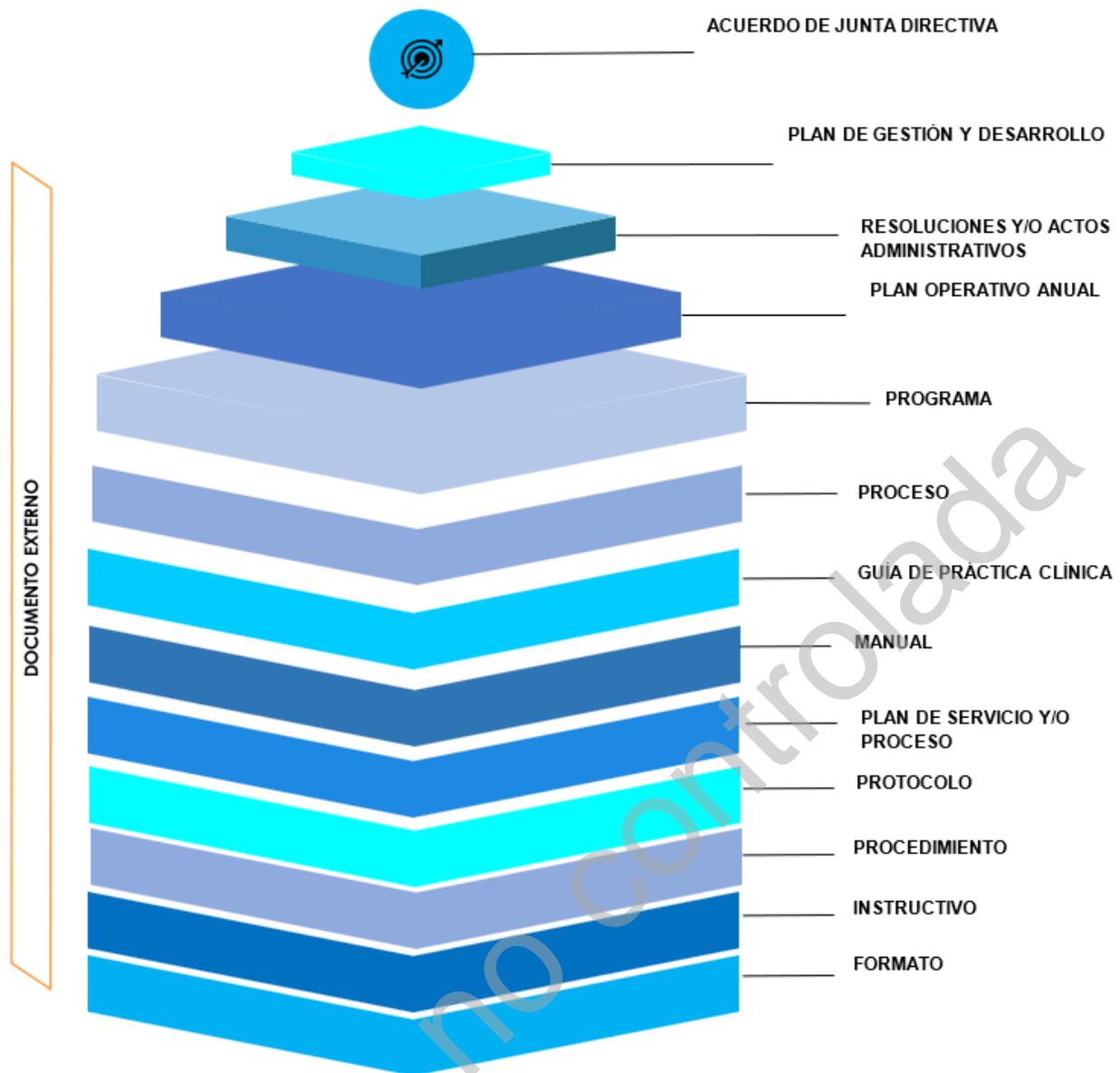
Es de resaltar que las actividades establecidas dentro de las caracterizaciones se encuentran definidas mediante enfoque sistémico

## 2. Gestión del Soporte documental alineado a procesos

### 2.1. Jerarquización documental

La jerarquía documental para la institución se define bajo el siguiente esquema:

#### **Imagen 2. Jerarquización de documentos Hospital Regional De Sogamoso E.S.E**



Fuente: Elaboración proceso Gestión de Calidad

**Acuerdo de junta directiva:** Es la manifestación de voluntades que tiene como finalidad producir efectos jurídicos. El principal efecto jurídico del acuerdo es su obligatoriedad para las partes que lo otorgan naciendo para las mismas obligaciones y derechos.

**Plan de gestión y desarrollo:** Documento mediante el cual se establece la planeación necesaria para alcanzar una serie de objetivos, estrategias y políticas diseñadas por la alta gerencia.

**Resoluciones y/o Acto administrativos:** corresponde a una manifestación de voluntad emanada por la alta dirección de la Institución, es de carácter general, obligatorio y permanente, y se refiere al ámbito de competencia del servicio, que implementa, reglamenta, deroga, modifica, sanciona y/o autoriza las acciones relacionadas con los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la entidad; al igual que las asociadas a las funciones propias o por ella delegadas. Ejemplo, Políticas Institucionales, las cuales son adoptadas mediante Resolución.

**Plan operativo anual:** Es el documento mediante el cual se describen los objetivos, metas y actividades para su respectivo logro y consecución.

**Programa:** Documento en el cual se describen las líneas estrategias y herramientas encaminadas a la consecución objetivos y metas establecidos en políticas institucionales.

**Proceso (caracterización):** Corresponde al documento mediante el cual se describen las principales actividades de cómo llevar a cabo un proceso, también se definen proveedores, entradas, salidas y clientes y demás elementos

esenciales que permiten la gestión y control de los procesos.

**Guía de práctica clínica:** Es un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención en salud. El Hospital Regional de Sogamoso establece el proceso de adopción de guías siguiendo los lineamientos definidos por el ministerio de Salud y Protección social y normativa vigente.

**Manual:** es un documento en el cual se recogen aspectos o directrices generales o esenciales de uno o varios temas, procesos o métodos los cuales incluyen información

de interés consultada a través de referentes bibliográficos y/o información con soporte o evidencia científica. Los manuales permiten describir en forma detallada y amplía la ejecución de un proceso o actividades a realizar en un servicio.

**Plan de servicio y/o proceso:** Corresponde a un documento que orienta la planificación del servicio y/o proceso en el cual se establecen y priorizan acciones de intervención para el cumplimiento de estrategias y lineamientos normativos, se fijan objetivos, se establece cronograma de ejecución y recursos necesarios (físicos, económicos, talento humano, tecnológicos, etc.) para el cumplimiento del plan.

**Protocolo:** Secuencia lógica y detallada de un conjunto de actividades, conductas o procedimientos a desarrollar para la atención de una situación específica de salud en un entorno determinado, el cual permite poca o ninguna variación de las acciones realizadas por parte del personal que interviene en la atención. Incluye aquellos protocolos definidos por el prestador de servicios de salud y los establecidos en la normatividad de obligatorio cumplimiento.

**Procedimiento:** Establece una secuencia de pasos definidos que persiguen el mismo fin para facilitar la realización de un trabajo de manera más efectiva, debe especificar: Nombre de la actividad, descripción de la actividad responsables e Incluye los registros que se derivan de la acción ejecutada.

**Instructivo:** Documento en el cual se explican detalladamente las actividades para realizar el diligenciamiento de formatos, instrucciones de uso, de trabajo, de operación o desarrollo de actividades.

**Formato:** Son documentos que permiten registrar datos y sirven de apoyo a los procedimientos, instructivos, manuales, protocolos, etc. ya que facilitan dejar la evidencia del cumplimiento de estos y permiten realizar la trazabilidad al servicio prestado.

**Informe:** Es un documento que incluye las actividades de coordinación, gestión, administración y dirección que se han efectuado durante un período de tiempo y que da a conocer resultados específicos para proporcionar una visión estratégica y facilitar la toma de decisiones.

**Documentos externos:** Corresponden a documentos de soporte y referencia emitidos por entidades u organizaciones externas al Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., Pueden pertenecer a cualquier tipo documental, ejemplo: Guías de práctica Clínica.

## 2.2. Lineamientos para la elaboración de documentos

El presente Manual de estructura documental define las siguientes directrices para tener en cuenta para la elaboración de documentos en Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

### 2.2.1. Uso adecuado de la plantilla correspondiente

Cada tipo documental contempla una estructura específica, de acuerdo con la jerarquización definida para Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., la cual se visualiza en la siguiente tabla:

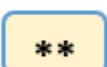
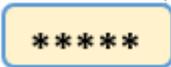
Tipo de Documento	Portada	Tabla de contenidos	Introducción	Objetivo general	Objetivos específicos	Alcance	Responsable	Marco legal y/o teórico	Política	Lineamientos conceptuales y metodológicos	Definiciones	Diagnóstico y/o situación actual	Lineas estratégicas	Recursos, materiales, insumos y equipos	Desarrollo del Documento	Diagrama de flujo	Funciones de los integrantes del programa	Socialización y estrategias de comunicación	Evaluación del plan	Indicadores	Bibliografía	Anexos	Control de Cambios	Observaciones
Plan de gestión																								
Proceso administrativo																								
Plan operativo anual																								
Programa																								
Proceso																								
Guía de práctica clínica																								
Manual																								
Plan de servicio y/o proceso																								
Protocolo																								
Procedimiento																								
Instructivo																								
Formato																								

Cada tipo documental contempla una estructura específica, de acuerdo con la jerarquización definida para Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., la cual se visualiza en la siguiente tabla:

Tabla 2. Estructura documental Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Fuente: Elaboración por proceso de Gestión de Calidad

Observaciones:

	Criterio que Aplica para la elaboración del tipo documento
	Estructura propia de acto administrativo
	El proceso corresponde a formato definido para caracterización
	Corresponde al proceso de adopción de GPC acorde a la metodología <u>Agreell</u> según lineamientos definidos por el Ministerio de Salud Protección Social
	Todo formato e instructivo define su estructura según necesidad de elaboración, sin embargo, siempre debe llevar el encabezado institucional. El tipo documental de formato no incluye control de cambios si incluye cambio de versión
	Los indicadores descritos en el soporte documental únicamente son diligenciados cuando así sea exigido normativamente.

**Nota:** La estructura para Plan definida en este documento aplica para los planes propios de los procesos o servicios internos y se diferencian en su estructura documental de los Planes derivados del Decreto 612 de 2018.

### 2.2.2 Generalidades de estandarización de documentos

Con el propósito de garantizar la estandarización del soporte documental propio del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E., el contenido de todo documento debe cumplir con las siguientes especificaciones en cuanto a márgenes, tamaño y tipo de fuente, tabla de contenido, encabezado y pie de página, párrafo:

#### Márgenes:

- Superior: 2.5 cm
- Inferior: 2.5 cm
- Derecho: 2.5 cm
- Izquierdo: 2.5 cm

#### Tamaño y fuente:

**Documentación General:**

- Fuente: Arial
- Tamaño: 12

Solo se permitirá tamaños inferiores de letra Arial para notas aclaratorias, formulas, tablas o esquemas dentro del cuerpo del documento.

**Formatos:**

- Fuente: Arial
- Tamaño: 5 hasta 14

Nota: Para los encabezados la fuente es **Arial** y el tamaño **9**, e igualmente para el control de cambios y control de Emisión. Para el pie de página, se emplea **Arial** y el tamaño **8**

**Párrafo:**

Las opciones de párrafo deben cumplir con:

- Alineación: Justificada
- Interlineado: Sencillo (1.0)
- Espaciado: Sencillo

**Tabla de contenido:**

La tabla de contenido debe contemplar como mínimo los ítems que conforman el documento de acuerdo con su estructura según tipo documental.

La tabla se genera con la opción **“Tabla de contenido”** de la pestaña **“Referencias”** seleccionando **“Tabla automática 2”**.

**Encabezado y pie de página:**

El encabezado debe cumplir con la siguiente estructura:

LOGO (1)	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E (2)	Código: X-XX-XX-XX-XX (5)
	NOMBRE DEL PROCESO AL CUAL PERTENECE EL DOCUMENTO (3)	Versión: XX (6)
	NOMBRE COMPLETO DEL DOCUMENTO (4)	Fecha: XXX/XXX/XXX (7) Página 21 de y (8)

(1) **Logo institucional:** Colocar el logo institucional en la primera celda, en alineación centrada

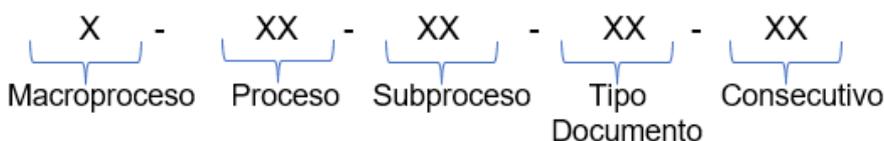
(2) **Razón social:** Escribir en mayúscula el nombre de la institución, en alineación centrada

(3) **Proceso:** Escribir el nombre del proceso institucional al cual pertenece el documento

(4) **Nombre del documento:** Escribir el nombre completo del documento incluyendo el tipo de documento, ejemplo: Manual de Procesos y Procedimientos.

(5) **Código:** El código es asignado desde el proceso de gestión de calidad, posterior a la revisión y aprobación del documento. Este es definido acorde a la estructura del Mapa de Procesos.

Se utiliza un código alfanumérico de 9 dígitos para identificar la documentación de los Macroprocesos Estratégicos, apoyo y Evaluación y Control



Se utiliza un código alfanumérico de 11 dígitos para identificar la documentación del Macroproceso Misional dado que se incluye el grupo de Servicios



Primer Grupo: Código alfabético que indica el "Macroproceso" al Cual Pertenece el Documento

Tabla 3. Clasificación Macroprocesos

MACROPORCESO	CODIGO
ESTRATEGICO	E
MISIONAL	M
APOYO	A
EVALUACION Y CONTROL	C

Segundo Grupo: El dígito alfabético corresponde al "Proceso", tal como se muestra en el "Mapa de Procesos"

Tabla 4. Clasificación Procesos

MACROPROCESO ESTRATÉGICOS	
PROCESO	CODIGO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DE
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	DO
GESTION DE CALIDAD	GC
MACROPROCESO MISIONAL	
PROCESO	CODIGO
ACCESO A LOS SERVICIOS	AS
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	AU
ATENCIÓN INMEDIATA	AI
ATENCION AMBULATORIA	AA
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACION	AH
ATENCIÓN INTEGRAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	AP
ATENCIÓN QUIRURGICA	AQ
DOCENCIA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	DG
ATENCIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO	SF
ATENCIÓN EN LABORATORIO CLINICO	<b>LC</b>
ATENCION EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS	ID
MACROPROCESO APOYO	
PROCESO	CODIGO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TH
GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	JC
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GI
GESTIÓN DOCUMENTAL	GD

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	RF
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	TB
GESTIÓN FINANCIERA	GF
COMUNICACIONES Y POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL	CP
<b>MACROPROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	
<b>PROCESO</b>	<b>CODIGO</b>
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CI

Tercer Grupo: El dígito alfabético corresponde al "Subproceso", tal como se muestra en el "Mapa de Procesos"

Tabla 5. Clasificación Subprocesos

### MACROPROCESO ESTRATEGICO

PROCESO	SUBPROCESO	CODIGO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DE
	HUMANIZACIÓN	HM
	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	PI
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DEL RIESGO	GR
	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	MC
GESTIÓN DE CALIDAD	SEGURIDAD PACIENTE	SP

### MACROPROCESO MISIONAL

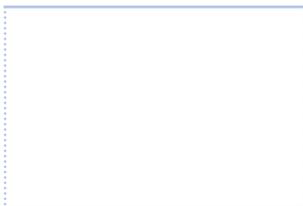
PROCESO	SUBPROCESO	CODIGO
ACCESO A LOS SERVICIOS	ASEGURAMIENTO	AS
	ASIGNACION DE CITAS	AC
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	AU
ATENCIÓN INMEDIATA	URGENCIAS	UR
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	RC
ATENCIÓN AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	CG
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	CE
	HOSPITALIZACION GENERAL	HG
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CN
	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	CA
	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	UF
	PROGRAMAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL	ED
ATENCIÓN INTEGRAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CUIDADO DE ENFERMERÍA	EN
	EPIDEMIOLOGIA	EP
	ATENCIÓN TERAPÉUTICA	AT

ATENCIÓN QUIRUGICA	ESTERILIZACIÓN	ES
	ATENCIÓN QUIRUGICA	AQ
DOCENCIA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION	DOCENCIA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION	DG
ATENCIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ASESORIA FARMACOLÓGICA	MF
	CENTRAL DE MEZCLAS	CM
ATENCIÓN EN LABORATORIO CLINICO	LABORATORIO CLINICO	LC
	PÁTLOGIA	PG
	GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL	PT
ATENCIÓN EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS	<b>ATENCIÓN EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>	<b>ID</b>
<b>MACROPROCESO APOYO</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>SUBPROCESO</b>	<b>CODIGO</b>
	ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO	TH
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TRANSFORMACIÓN CULTURAL	TC
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SS
GESTIÓN JURIDICA Y CONTRACTUAL	CONTRATACIÓN	CT
	GESTION JURIDICA	GJ
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GI
GESTIÓN DOCUMENTAL	GESTIÓN DOCUMENTAL	GD
	MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA HOSPITALARIA Y EQUIPO INDUSTRIAL	MI
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	GESTIÓN AMBIENTAL	GA
	GESTIÓN DE BIENES Y ACTIVOS E INTERDENCIA DE SERVICIOS	BA
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	TB
	PRESUPUESTO	PR
	COSTOS	CS
	MERCADEO	MC
GESTIÓN FINANCIERA	FACTURACIÓN	FT
	CUENTAS MEDICAS	CM
	CARTERA	CR
	TESORERIA	TS
	CONTABILIDAD	CB
COMUNICACIONES Y POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL	COMUNICACIONES Y POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL	CP

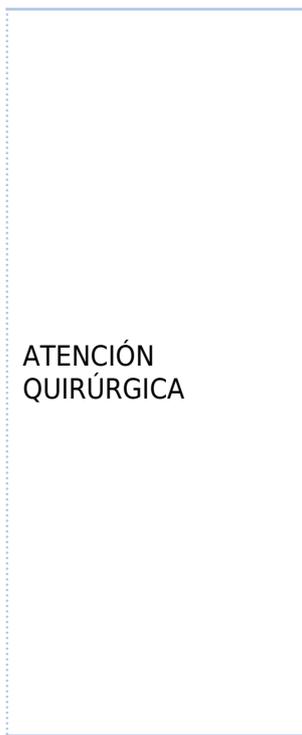
*Cuarto Grupo:* El dígito alfabético corresponde al "Servicio", este grupo aplica únicamente para el Macroproceso Misional.

**MACROPROCESO MISIONAL**

<b>PROCESO</b>	<b>SUBPROCESO</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>
ATENCIÓN AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	MEDICINA	MD
		ODONTOLOGIA	OD
		RUTAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO	PM
		VACUNACION	VC
		TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	CG
		MEDICINA FAMILIAR	MF
		CIRUGIA VASCULAR	CV
		INFECTOLOGIA	IF
		CIRUGIA MAXILOFACIAL	CM
		CIRUGIA ORAL	CO
	CIRUGIA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	CE	
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	CIRUGÍA GINECOLOGICA Y LAPAROSCOPIA	CG
		CIRUGIA DERMATOLÓGICO	CD
		UROLOGÍA	UG
		PSIQUIATRIA	PQ
		PEDIATRIA	PD
		ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	OT
		NUTRICIÓN Y DIETA	ND
		NEUROLOGÍA	NG
		MEDICINA INTERNA	MI
		MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	FR
		GINECOBSTETRICIA	GB
		DERMATOLOGÍA	DG
		CIRUGÍA PEDIÁTRICA	<b>CP</b>
		NEUROCIRUGIA	NC
		CIRUGÍA GENERAL	CG
		ANESTESIA	AN



ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACION GENERAL	HOSPITALIZACION GENERAL	HG
		CUIDADO BÁSICO NEONATAL	BN
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	IN
		CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	MN
		CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	MA
		CUIDADO INTENSIVO ADULTO	IA
		PERTINENCIA EN LA ATENCIÓN GPC	GP
	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	CONTROL DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLICO	GH NM
		CLINICA DE HERIDAD	CH
	ATENCIÓN INTEGRAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PROGRAMAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL	IAMII
		RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN	RA
EPIDEMIOLOGIA		SALUD PUBLICA	SP
		FISIOTERAPIA	FS
		TERAPIA RESPIRATORIA	TR
		TERAPIA OCUPACIONAL	TO
ATENCIÓN TERAPÉUTICA		FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	FL
		PSICOLOGÍA	PS



ATENCIÓN EN LABORATORIO CLINICO

PATOLOGIA

CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	<b>CA</b>
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	CM
CIRUGÍA ORAL	CO
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTETICA	CE
CIRUGÍA GIECOLÓGICA Y LAPARASCOPIA	GL
CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	CD
CIRUGÍA UROLOGÍA	CU
CIRUGÍA ORTOPÉDICA	CT
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CP
PROCEDIMIENTOS DE GASTROENTEROLOGIA	PG
NEUROCIRUÍA	NG
CIRUGÍA GENERAL	CG
LABORATORIO DE HISTECNOLOGIA	LH
AUTOPSIA CLINICA	AC
LABORATORIO DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA	CC

Quinto Grupo: El digito alfabético que indica el tipo de documento.

Tabla 6. Clasificación Tipo Documento

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>CODIGO</b>
PROGRAMA	PG
PROCESO	PC
GUIA PRÁCTICA CLÍNICA	GPC
MANUAL	M
PLAN DE SERVICIO Y/O PROCESO	PS
PROTOCOLO	PT
PROCEDIMIENTO	PR
INSTRUCTIVO	<b>I</b>
FORMATO	FT

Sexto Grupo: Consecutivo por cada tipo de documento y va del 01 al 99.

(6) **Versión:** Corresponde al histórico del documento y debe tenerse en cuenta si se trata de una creación de documento o una actualización. Para un documento nuevo la versión inicia en: **01**

(7) **Fecha:** Corresponde a la fecha de elaboración o actualización del documento. Se maneja el Formato de (AAAA/MM/DD) tanto para la Fecha del encabezado como para la de Control de Cambios.

(8) **Página:** Lleva el conteo de número de páginas que conforman el documento, debe cumplir con el formato "Página X de Y"

El pie de página debe incluir la siguiente estructura:

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado  
su reproducción estará dada por el líder del proceso de Gestión de calidad

**Control de Cambios** (Solo Aplica para la última hoja del Documento)

El Control de cambios debe cumplir con la siguiente estructura

Control de Cambios			
Versión	Fecha	Elaborado / Actualizado por:	Descripción del cambio
XX	XX/XX/XXXX	Nombre de quien elabora o actualiza	Creación del documento o descripción de las modificaciones

**Nota:** El control de Cambios para Formatos se lleva en el listado Maestro de Documentos

**Control de Emisión** (Solo Aplica para la última hoja del Documento)

El Control de emisión debe cumplir con la siguiente estructura

Control de Emisión		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre de quien elabora	Nombre de quien revisa	Nombre de quien aprueba
Cargo:	Cargo:	Cargo
Cargo de quien elabora	Cargo de quien revisa	Cargo de quien aprueba

### 3. Creación, modificación, revisión, codificación y aprobación de documentos.

El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, establece los siguientes lineamientos para la creación, modificación, revisión, codificación y aprobación de documentos.

#### 3.1. Identificación necesidad documental.

El servidor público, contratista o personal en misión que en la ejecución de sus funciones y en pro del mejoramiento, cambio normativo, cambio en el procedimiento, etc, identifica la necesidad de la creación, modificación y /o anulación de un documento del sistema de gestión de calidad que se utilice dentro de un proceso, comunica al líder, referentes y/o subgerencias del proceso para proceder a su elaboración y/o actualización.

#### 3.2. Elaboración o modificación de documentos.

El líder, Referente y/o Subgerencias correspondiente elabora o modifica el documento de acuerdo con los parámetros de la elaboración documental descritos y anexos en el presente documento.

El responsable de elaborar y/o modificar el documento evalúa si hay otras dependencias involucradas con la actividad o si afecta otros procesos, a fin de garantizar la participación de sus responsables en la elaboración y/o ajuste del documento y hace un levantamiento preliminar de la información.

El responsable de la elaboración y/o actualización del documento debe solicitar la revisión y aprobación del documento a los líderes de Gestión de Calidad y Planeación Institucional quienes contarán con 15 días para su revisión, emisión de observaciones y/o aprobación.

Acorde al rol desempeñado, los documentos a revisar por el líder de Calidad y planeación será el siguiente:

**Documentos Macroproceso misional:** La respectiva solicitud se debe enviar al correo electrónico al líder de

Gestión de gestión de calidad ([calidad@hospitalsogamoso.gov.co](mailto:calidad@hospitalsogamoso.gov.co)) adjuntado el documento.

**Documentos Macroprocesos Estratégico, Apoyo y Evaluación y Control:** La respectiva solicitud se debe enviar al correo electrónico al líder de Planeación Institucional ([planeacion@hospitalsogamoso.gov.co](mailto:planeacion@hospitalsogamoso.gov.co)) adjuntado el documento.

### 3.3. Revisión, Validación y Aprobación de documentos.

El líder de calidad y de Planeación Institucional:

- **Revisión:** el líder de calidad o planeación deben revisar que el contenido sea coherente con la necesidad identificada en el proceso, (15 días para su revisión y emisión de observaciones)

**Nota:** El equipo de calidad y/o planeación podrá designar la revisión documental a un colaborador de otra área cuando esta requiera de conocimientos específicos para tal.

- **Validación:** el líder de calidad o planeación deben validar que el documento cumpla con los lineamientos definidos en el presente manual.
- **Aprobación:** una vez validado el contenido el líder de calidad o planeación deben aprobar el documento una vez y enviarlo al profesional referente para la Gestión por procesos y sistemas de información al correo: [informacion@hospitalsogamoso.gov.co](mailto:informacion@hospitalsogamoso.gov.co) vía correo electrónico.
- **Devolución:** aplica para los documentos que una vez revisados por el líder de calidad o planeación deben ser ajustados con relación a contenido y/o estructura acorde a las directrices definidas en el presente manual. El documento será regresado al responsable a través de correo electrónico con el propósito de realizar los ajustes pertinentes.

### 3.4. Normalización y publicación del documento

Requisitos para envío de documentos a proceso de normalización:

1. Nombre propuesto
2. Proceso
3. }Subproceso
4. Servicio si aplica
5. Líder quien reviso o comité donde fue aprobado su contenido
6. Persona quien elaboró
7. Formatos aplicables

El profesional referente para la Gestión por procesos y sistemas de información para la Calidad realizará:

#### Normalización del Documento:

- Revisión del documento en cuanto a forma, gramática, ortografía, pertinencia y cumplimiento de los requisitos exigidos en el presente documento.
- Asignación de Código, Numero de Versión y Fecha de Aprobación.
- Relacionar documento en la matriz definida para el control documental (Listado Maestro de Documentos)

#### Publicación del Documento:

Una vez realizada la normalización del documento se publicará en la Herramienta Institucional

**Nota:** La Normalización y publicación de los documentos se va dando de acuerdo con el orden de solicitud.

**Nota:** Ningún documento puede ser socializado e implementado sin contar con su respectiva aprobación por parte del responsable correspondiente y publicado en estado vigente. Los documentos del sistema de gestión de la calidad entraran en vigor a partir de la fecha de aprobación.

### 3.5. Distribución de documentos.

Los documentos una vez aprobados y normalizados serán remitidos a través de correo electrónico al Líder de Calidad y Responsable para su correspondiente socialización en implementación en los servicios, como también serán

publicados en el SGI-Almera para posteriores consultas.

### **3.6. Socialización de documentos.**

La Socialización de la documentación se realizará después de su publicación en la herramienta institucional, como mínimo al 90% del personal que le aplique el documento, dejando el registro en los listados de asistencia a la misma.

Los responsables de realizar la socialización de los documentos son los Líderes y/o referentes, y el tiempo para realizar la socialización debe estar acorde al cronograma de actividades de los equipos primarios, capacitaciones y Comités.

### **3.7. Control de documentos.**

El responsable de la administración del sistema documental debe asegurar que se realice el control siguiendo los siguientes lineamientos:

Los documentos obsoletos deben ser retirados del listado maestro de documentos de las plataformas correspondientes y relacionados en el libro de Excel de documentos obsoletos para posterior seguimiento.

Los cambios o adiciones que se realicen al documento de acuerdo con el tipo de estructura serán relacionados en el numeral control de cambios de cada documento, que se encuentra al final del escrito. Durante el uso de los documentos NO se permite realizar modificaciones de forma manual.

### **3.8. Generación de Copias Controladas y No Controladas.**

Se consideran copias controladas las que están disponibles en la plataforma correspondiente, cualquier reproducción de esta documentación que hace parte del sistema de calidad de la institución, se considera una copia no controlada ni autorizada. Todo externo que requiera documentos del sistema de gestión de calidad debe presentar oficio dirigido a la Gerencia solicitando autorización del requerimiento de los documentos. La Gerencia debe autorizar dicha solicitud y estos documentos; se enviarán en formato PDF con una marca en la parte superior de documento no controlado y se tomara como una copia no controlada dentro del sistema de Gestión.

### **3.9. Documentos Externos.**

La administración, manejo y archivo de los documentos externos al sistema de calidad es competencia de cada líder y/o responsable de cada uno de los procesos de la institución que están bajo el Sistema de Calidad, quienes deben velar por la actualización permanente de los mismos los cuales estarán disponibles para consulta en la plataforma establecida. El profesional de referente para la Gestión por procesos y sistemas de información para la Calidad tendrá relacionado el listado los documentos externos de la institución a través de plantilla de control documental.

## **4 Contenido de los documentos institucionales.**

El contenido del Plan de Gestión y Desarrollo, de los Actos Administrativos y del Plan Operativo Anual será definido por el proceso de planeación institucional acorde a la normatividad vigente.

Las Guías de Práctica Clínica serán el establecidas según el proceso de adopción de las guías de la metodología Agree II.

El contenido de los formatos será según las necesidades del proceso.

El contenido de los demás documentos institucionales se puede consultar en los anexos de este documento

## **BIBLIOGRAFÍA**

Norma ISO 9001 (2015), Sistema de Gestión de Calidad

## **ANEXOS**

- Formato Listado Maestro de Documentos
- Formato de Control de Revisión de Documentos
- Formato de Caracterización de Procesos
- Plantilla para Programa

- Plantilla para Manual
- Plantilla para Plan
- Plantilla para Protocolo
- Plantilla para Procedimiento
- Plantilla para Instructivo (Word)
- Plantilla para Formato (Word)
- Plantilla para Formato (Excel)
- Plantilla para Política
- Plantilla para Comité
- Plantilla para Resolución

## CONTROL DE CAMBIOS

Control de Cambios			
Versión	Fecha	Elaborado / Actualizado por:	Descripción del cambio
01	04/06/2024	Jenith Lorena López Rodríguez María Carolina Pulido Tibocho	Creación del Manual

Control de Emisión		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Jenith Lorena López Rodríguez María Carolina Pulido Tibocho	Andrea Benítez Malaver	Erika Natalia Sánchez Medina Zulma Cristina Montaña Martínez
Cargo:	Cargo:	Cargo
Líder Gestión de Calidad Profesional de apoyo gestión documental - SIC	Líder Desarrollo Organizacional	Subgerente Administrativa y financiera Subgerente Científica

## Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formato		PLANTILLA ESTRUCTURA RESOLUCIÓN POLITICA	1
Formato		PLANTILLA FORMATO (1)	1
Formato		PLANTILLA INFORME DE GESTION (3)	1
Formato		PLANTILLA PARA FORMATO (1)	1
Formato		PLANTILLA PARA FORMATO CONSENTIMIENTO	1
Formato		PLANTILLA PARA INSTRUCTIVO	1
Formato		PLANTILLA PARA MANUAL	1
Formato		PLANTILLA PARA PLAN	1
Formato		PLANTILLA PARA PROCEDIMIENTO (3)	1
Formato		PLANTILLA PARA PROGRAMA	1
Formato		PLANTILLA PARA PROTOCOLO	1
Formato		PLANTILLA PARA RESOLUCION COMITE	1
Formato		PLANTILLA RESOLUCION GENERAL	1