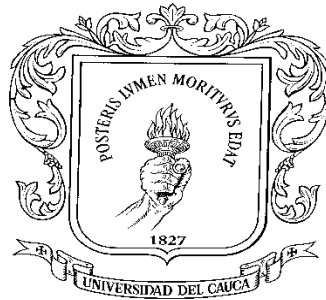


**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL ÁREA GERENCIAL  
ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ESE SURORIENTE**

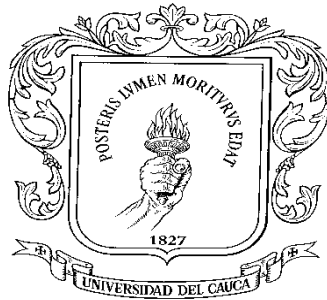


**YUDI PATRICIA CABRERA ZÚÑIGA  
PIEDAD CRISTINA GÓMEZ GÓMEZ**

**PASANTÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ADMINISTRADOR DE EMPRESAS**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
2009**

**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL ÁREA GERENCIAL  
ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ESE SURORIENTE**



**YUDI PATRICIA CABRERA ZÚÑIGA  
PIEDAD CRISTINA GÓMEZ GÓMEZ**

**ASESOR ACADÉMICO: JORGE ARBEY TOVAR**

**ASESOR EMPRESARIAL: PAOLA ANDREA GARCÍA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestros sinceros agradecimientos al equipo humano de la Empresa Social del Estado ESE Suroriente, por el invaluable apoyo recibido y la financiación que nos brindó para las visitas de recolección de información, las capacitaciones en diferentes temas y las demás actividades programadas para el desarrollo del trabajo. Estamos seguros que este trabajo conjunto contribuirá al proceso de fortalecimiento de la Entidad en la búsqueda de la eficacia, eficiencia, transparencia y publicidad de la función pública, a través de la prestación de servicios de salud que contribuyen al cumplimiento de la función administrativa y a mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos.

De igual forma, agradecer a Jorge Arbey Tovar, docente del Programa de Administración de Empresas y asesor del presente trabajo, por su amistad, enseñanzas, valiosos aportes y gestión para sacar adelante este trabajo de grado.

A la Jefe de Control Interno de la ESE Suroriente, Paola Andrea García, por sus conocimientos, colaboración, permanente compañía y valiosas orientaciones para nuestra formación profesional.

## TABLA DE CONTENIDO

| ÍNDICE                                      | PÁG |
|---|-----|
| INTRODUCCIÓN                                | 10  |
| <br>  |     |
| CAPÍTULO I                                  | 12  |
| 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO            | 12  |
| 1.1 PROBLEMA                                | 12  |
| 1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA              | 12  |
| 1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA               | 12  |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN                           | 12  |
| 1.2.1 JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA               | 12  |
| 1.2.2 JUSTIFICACIÓN EMPRESARIAL             | 13  |
| 1.3. OBJETIVOS                              | 14  |
| 1.3.1 OBJETIVO GENERAL                      | 14  |
| 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS                 | 14  |
| <br>  |     |
| CAPÍTULO II                                 | 15  |
| 2. MARCO TEÓRICO                            | 15  |
| 2.1 MARCO CONCEPTUAL                        | 15  |
| 2.1.1 DEFINICIONES BÁSICAS                  | 15  |
| 2.1.1.1 Proceso                             | 15  |
| 2.1.1.2 Mapa de Procesos                    | 15  |
| 2.1.1.3 Manual de Procesos                  | 16  |
| 2.1.1.4 Conformación del Manual             | 16  |
| 2.1.1.5 Procedimientos                      | 17  |
| 2.1.1.6 Flujogramas                         | 17  |
| 2.1.1.7 Formatos                            | 19  |
| 2.1.1.8 Registros                           | 19  |
| 2.1.1.9 Estandarización                     | 20  |
| 2.1.2 GERENCIA POR PROCESOS                 | 20  |
| 2.1.3 ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS            | 20  |
| 2.1.3.1 Técnica 5W+2H                       | 20  |
| 2.2 MARCO REFERENCIAL                       | 22  |
| 2.2.1 Reseña Histórica de la ESE Suroriente | 22  |
| 2.2.2 Domicilio y Sede                      | 22  |
| 2.2.3 Objeto Social                         | 23  |

## **TABLA DE CONTENIDO**

| <b>ÍNDICE</b>  | <b>PÁG</b> |
|--|------------|
| 2.2.4 Portafolio de Servicios ESE Suroriente   | 23         |
| 2.2.5 Planta de Personal   | 24         |
| 2.2.6 Estructura Organizacional de la ESE Suroriente   | 24         |
| 2.2.6.1 Área Gerencial o de Dirección  | 25         |
| 2.2.6.2 Área Administrativa  | 26         |
| 2.2.6.3 Área Asistencial   | 26         |
| <br>   |            |
| CAPÍTULO III   | 27         |
| 3. METODOLOGÍA   | 27         |
| 3.1 FASES PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS  | 27         |
| 3.2 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA  | 28         |
| <br>   |            |
| CAPÍTULO IV  | 30         |
| 4. DESARROLLO DEL TRABAJO  | 30         |
| 4.1 ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS  | 30         |
| 4.1.1 Conformación del Equipo de Trabajo   | 30         |
| 4.1.2 Identificación de los Procesos Actuales de la Entidad  | 34         |
| 4.1.3 Identificación de los Procesos Requeridos para la Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad        | 38         |
| 4.1.4 Procesos y Procedimientos de la Entidad para la Implementación de un S.G.C.                                    | 38         |
| 4.1.5 Clasificación de los Procesos de la Entidad en Estratégicos, Misionales y de Apoyo dentro del Mapa de Procesos | 41         |
| 4.1.6 Documentación de los Procesos y Procedimientos en el Mapa de Procesos  | 46         |
| 4.2 LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS  | 48         |
| 4.2.1 Certificaciones de Levantamiento de la Información y Documentación de los Procedimientos en la Sede La Vega    | 48         |
| 4.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS  | 49         |
| 4.3.1 Descripción del Procedimiento de Consulta Médica General   | 49         |
| 4.4 ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS   | 52         |
| 4.4.1 Reclamos de los Clientes   | 52         |

## **TABLA DE CONTENIDO**

| <b>ÍNDICE</b>   | <b>PÁG</b> |
|---|------------|
| 4.4.2 Misión de la Entidad  | 52         |
| 4.4.3 Análisis de Actividades   | 52         |
| 4.4.4 Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General   | 53         |
| 4.4.5 Resumen de Simplificación del Procedimiento de Consulta Médica General  | 60         |
| 4.5 MEJORAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS  | 60         |
| 4.5.1 Mejoras de los Procedimientos Establecidos por la Sede  | 63         |
| 4.6 DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS   | 74         |
| 4.6.1 Caracterización y Documentación del Procedimiento de Consulta Médica General  | 76         |
| 4.7 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS   | 80         |
| 4.7.1 Desarrollo de la Portada, Tabla de Contenido, Características de la Entidad, Generalidades del Manual de Procesos y Procedimientos, Mapa de Procesos General y Definición de Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo | 80         |
| 4.8 APROBACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS FINAL  | 82         |
| 5. CONCLUSIONES   | 84         |
| 6. PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO   | 86         |
| BIBLIOGRAFÍA  | 88         |
| TERMINOS Y DEFINICIONES   | 90         |
| ANEXOS  | 93         |

## LISTA DE TABLAS

|   | <b>PÁG</b> |
|---|------------|
| Tabla 1. Simbología Básica Para la Construcción de Procedimientos                           | 19         |
| Tabla 2. Técnica 5W+2H  | 21         |
| Tabla 3. Relación de Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud                        | 22         |
| Tabla 4. Portafolio de Servicios ESE Suroriente   | 23         |
| Tabla 5. Planta de Personal ESE Suroriente  | 24         |
| Tabla 6. Composición de la Junta Directiva de la ESE Suroriente                             | 26         |
| Tabla 7. Integración del Grupo Operativo  | 31         |
| Tabla 8. ¿Tienen Algún Conocimiento de la Misión de la Entidad?                             | 32         |
| Tabla 9. ¿Tienen Algún Conocimiento de la Visión de la Entidad?                             | 32         |
| Tabla 10. ¿Conoce el Código de Valores de la Entidad?                                       | 32         |
| Tabla 11. ¿Conoce el Organigrama de la Entidad?   | 33         |
| Tabla 12. ¿La Entidad Cuenta con un Manual de Funciones?                                    | 33         |
| Tabla 13. ¿La Entidad Cuenta con un Mapa de Procesos?                                       | 33         |
| Tabla 14. ¿Los Procedimientos de las Sedes Están Estandarizados?                            | 34         |
| Tabla 15. Cronograma de Fechas  | 48         |
| Tabla 16. Formato Levantamiento de Información para la Descripción de los Procedimientos    | 49         |
| Tabla 17. Descripción del Procedimiento de Consulta Médica General                          | 50         |
| Tabla 18. Formulario para el Análisis de Actividades  | 53         |
| Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General                             | 54         |
| Tabla 20. Cuadro Resumen de Simplificación  | 60         |
| Tabla 21. Cuadro de Avance, Análisis y Mejora de los Procedimientos del Área Gerencial.     | 61         |
| Tabla 22. Cuadro de Avance, Análisis y Mejora de los Procedimientos del Área Administrativa | 62         |
| Tabla 23. Cuadro de Avance, Análisis y Mejora de los Procedimientos del Área Asistencial    | 62         |
| Tabla 24. Procedimiento de Compra de un Bien o Servicio                                     | 63         |
| Tabla 25. Propuesta de Mejoramiento Procedimiento de Adquisición y Suministro               | 65         |
| Tabla 26. Procedimiento de Contratación de Personal   | 68         |
| Tabla 27. Propuesta de Selección y Vinculación del Personal                                 | 70         |
| Tabla 28. Procedimiento Servicio de Información y Atención al Usuario                       | 73         |
| Tabla 29. Formato Caracterización de los Procedimientos                                     | 74         |
| Tabla 30. Caracterización del Procedimiento de Consulta Médica General                      | 77         |
| Tabla 31. Fechas Socialización del Manual de Procesos y Procedimientos                      | 83         |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   | <b>PÁG</b> |
|---|------------|
| Gráfico 1. Método Básico para la Gerencia de Procesos Ciclo PHVA      | 20         |
| Gráfico 2. Organigrama Empresa Social del Estado ESE Suroriente Cauca | 25         |
| Gráfico 3. Fase para Elaborar el Manual de Procesos y Procedimientos. | 27         |
| Gráfico 4. Procesos Estratégicos                                      | 43         |
| Gráfico 5. Procesos Misionales  | 45         |
| Gráfico 6. Procesos de Apoyo  | 46         |
| Gráfico 7. Representación Gráfica Mapa de Procesos y Procedimientos   | 47         |
| Gráfico 8. Diagrama de Flujo  | 76         |



## LISTA DE ANEXOS

|          |   | <b>PÁG</b> |
|----------|---|------------|
| Anexo 1. | Manual de Procesos y Procedimientos para la Sede Principal La Vega de la ESE Suroriente en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial                    | 94         |
| Anexo 2. | Formatos Área Asistencial ESE Suroriente  | 377        |
| Anexo 3. | Acta de Integración del Grupo en la Sede Principal La Vega  | 396        |
| Anexo 4. | Certificados de Levantamiento de Información para la Elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos para la Sede Principal La Vega                       | 398        |
| Anexo 5. | Memorando Interno para la Revisión y Corrección de los Procesos y Procedimientos del Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la ESE Suroriente        | 400        |
| Anexo 6. | Acta para la Socialización del Manual de Procesos y Procedimientos del Área Gerencial, Administrativa y Asistencial para la Sede La Vega de la ESE Suroriente | 401        |

## INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos y le corresponde a la Nación garantizar por medio de las diferentes entidades territoriales, la prestación de los servicios en salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad en los términos de la Ley y el Reglamento.

Por ende El Ministerio de la Protección Social, formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, bajo unos principios orientadores que reconocen la heterogeneidad del País, la descentralización, la posibilidad de diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud, como objetivo final del sistema. Esta política se desarrolla teniendo en cuenta el sector salud y a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar.

En este sentido la razón de ser de las entidades públicas se centra en prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes y mejorar su nivel de vida. Por lo tanto, es fundamental que estas comprendan cuales son las necesidades actuales y futuras de los usuarios, que cumplan con sus requerimientos y se esfuercen por exceder sus expectativas, para de esta manera producir servicios de salud pertinentes y oportunos de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

Entre esas entidades públicas se encuentra la Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca, la cual es de Orden Departamental, con regulaciones jurídicas, administrativas y financieras, prestadora en forma directa de servicios de salud de primer nivel a toda la comunidad de los Municipios de la Vega, Almaguer, Santa Rosa y San Sebastián<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, es indispensable que la Empresa Social del Estado ESE Suroriente, se preocupe y enfatice en la búsqueda de nuevas formas de hacer las cosas, por medio de diversas herramientas que permitan el cumplimiento de los objetivos fijados por la entidad en desarrollo de su objeto social, que ayuden al mejoramiento de su gestión y faciliten el ejercicio de control interno.

---

<sup>1</sup> Decreto número 0266 del 9 de Abril del 2007, por el Gobernador del Cauca, en uso de las facultades extraordinarias conferidas en la Ordenanza N° 59 del 13 de Diciembre de 2006, en concordancia con los numerales 1º y 8º del Artículo 305 de la Constitución Política.

Una de esas herramientas es el Manual de Procesos y Procedimientos, el cual se constituye en un instrumento de apoyo para ejecutar actividades y tareas diarias que se deriven del área gerencial, administrativa y asistencial de la sede principal la Vega y que a la vez sirva de guía para las demás sedes de la Entidad, como son: Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa, permitiendo que la Institución en su conjunto funcione de una manera correcta, ordenada y unificada, perfeccionando así la forma en la cual la Entidad se pone en contacto con sus clientes actuales, con el fin de economizar recursos, esfuerzos, dinero y tiempo para llegar a los usuarios de manera eficiente y eficaz y poder brindar un servicio de salud con transparencia y cumplimiento de sus fines sociales y satisfacción del cliente.

Por lo tanto, para la elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos de la Entidad, en el primer capítulo se expone toda la contextualización del trabajo, el cual incluye tópicos como la descripción y definición del problema y se justifica la importancia de su realización tanto para la Entidad, como para efecto académicos; finalmente se definen los objetivos que se persiguen con el desarrollo del presente trabajo.

En el segundo capítulo se desarrolla todo lo relacionado con el marco teórico, donde se dan conceptos básicos para la realización del trabajo, en segundo lugar, el marco referencial, en el cual se detalla una descripción de los antecedentes de la Entidad, los servicios que ofrece y su organización.

Por otra parte, en el capítulo tres se realiza la descripción de la metodología, que se utiliza para elaborar el Manual de Procesos y Procedimientos.

Finalmente en el capítulo cuatro se detalla las etapas para llevar a cabo el desarrollo del trabajo, especificando como se realizó cada una de ellas.

# CAPÍTULO I

## 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO

### 1. 1 PROBLEMA

#### 1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca, como Entidad Pública debe seguir un proceso de mejora continua en la calidad de la prestación en Servicios de Salud, alineándolo con la Misión y Visión de la Entidad, mediante un enfoque a sus clientes, por el cual se hace necesario la documentación de sus procesos y procedimientos , tanto para el área Gerencial y Administrativa, como para el área Asistencial , por medio de un manual, con procesos pertinentes y coherentes con los propósitos de la entidad, resaltando el compromiso por cualificar la satisfacción del cliente y su carácter público.

Actualmente, la Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca no tiene establecido de manera formal un manual de procesos y procedimientos, por lo tanto el equipo directivo y operativo de la entidad manifiesta su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente a la implementación un manual, que posibiliten la realización diaria de sus actividades y tareas de una manera más eficiente y eficaz para obtener como resultado la satisfacción del cliente interno y del cliente externo.

#### 1.1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud con criterios de calidad y eficiencia, **la Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca, ve la necesidad de documentar sus procesos y procedimientos por medio de la elaboración de un manual de procesos y procedimientos para el área gerencial, administrativa y asistencial de su sede principal La Vega, y que a la vez sirva de guía y apoyo para sus demás sedes (Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa).**

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

#### 1.2.1 JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

En el caso particular, como futuras Administradoras de Empresas, el presente trabajo de grado es una oportunidad para aplicar lineamientos conceptuales y conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de la carrera, teoría basada en el

sistema de gestión de la calidad, gerencia por procesos, mejora continua y elaboración de manuales de procesos y procedimientos, aplicado a una empresa real, en este caso en la ESE Suroriente del Cauca, perteneciente al sector salud.

De igual forma, este trabajo de pasantía nos ayuda a adquirir experiencia, contribuyendo a nuestra formación personal, integral y a la obtención del Título de Administradora de Empresas.

### **1.2.2 JUSTIFICACIÓN EMPRESARIAL**

La Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca, tiene la responsabilidad de garantizar la prestación de Servicios de Salud con calidad en los Municipios de La Vega, Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa, por lo tanto esta debe encaminar sus decisiones y acciones a satisfacer las necesidades e intereses de sus clientes internos y usuarios de conformidad con las responsabilidades públicas asignadas, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida, generando confianza, mejorando su nivel de vida y elevando la competitividad de la Entidad.

Por tal razón es importante que la Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca replantee sus procesos y procedimientos para que estén en función de las nuevas realidades y exigencias de los usuarios y asumiendo los requerimientos, parámetros y correctivos que hagan posible brindar un servicio de salud acorde a la dinámica y desarrollo de los Municipios.

Ordenar y documentar la selección de dichos procesos, etapas, procedimientos, actividades y tareas, permite a la entidad racionalizar el uso de los recursos al simplificar trámites, evitar funciones repetitivas, eliminar cuellos de botella, evitar la evasión de responsabilidades, lo cual se traduce en ahorro de tiempo, movimientos y costos operacionales. Además propender por la definición de tareas en forma sencilla y clara, genera eficiencia, eficacia y seguridad como elementos esenciales de una buena gestión gerencial, administrativa y asistencial de la Entidad, al tiempo que facilita la aplicación de los mecanismos de su capacidad organizacional para atender sus compromisos con sus usuarios y prestar un servicio de óptima calidad.

De igual forma, el Manual de Procesos y Procedimientos ayuda a mantener un ambiente interno favorable para la entidad, en el cual todos sus funcionarios conozcan en detalle sus tareas y responsabilidades, consiguiendo una mejor forma de realizarlas, trabajando articuladamente de forma conjunta y de manera participativa, integrando esfuerzos para que así puedan llegar a involucrarse totalmente, tanto el personal directivo y administrativo, como operativo en el logro de los objetivos de la Entidad.

Para esto es necesario que la alta gerencia lidere el proceso de implementación del Manual, motivando a sus funcionarios para que se involucren y participen

activamente en los procesos con el fin de generar valor y mejorar la toma de decisiones.

Además con el Manual de Procesos y Procedimientos se logra dar respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios acorde al servicio que ofrece la entidad, relacionándolos con una atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua de acuerdo con estándares de calidad sobre procedimientos gerenciales, administrativos y asistenciales.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un Manual de Procesos y Procedimientos para la sede principal (La Vega) de la Empresa Social del Estado ESE Suroriente en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar el mapa de procesos de la Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca.
- Recopilar toda la información pertinente sobre cada una de las actividades diarias que se realizan en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial en la sede principal La Vega.
- Describir y caracterizar los procesos de la Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la sede principal La Vega.
- Documentar los procedimientos de la ESE Suroriente del Cauca en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la sede principal La Vega.
- Analizar y mejorar los procedimientos de la ESE Suroriente del Cauca, en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la sede principal La Vega.
- Documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de la ESE Suroriente del Cauca, en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la sede principal de La Vega, teniendo en cuenta las mejoras y ajustes hechos anteriormente.
- Socializar el Manual de Procesos y Procedimientos de la ESE Suroriente del Cauca, en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial en la sede de La Vega.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 MARCO CONCEPTUAL.

Para efectos de una mejor comprensión y facilidad en la realización del presente trabajo de grado, en el marco conceptual se citan conceptos claves planteados por algunos autores<sup>2</sup>. Además, se describen algunas herramientas de análisis, como son: elaboración de un mapa de procesos, flujogramas, gerencia de procesos y decisiones de procesos<sup>3</sup>.

##### 2.1.1 DEFINICIONES BÁSICAS.

###### 2.1.1.1 Proceso.

“Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados”.

###### Clasificación de los Procesos.<sup>4</sup>

- **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 entidad 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 medición, análisis y mejora.

###### 2.1.1.2 Mapa de Procesos.

Herramienta que permite representar el conjunto de procesos de una organización y la relación que existe entre ellos.

---

<sup>2</sup> Luz Mary Riaño Camargo - Departamento Administrativo de la Función Pública  
David Hernández García - Universidad de Antioquia  
Beatriz Elena Cañas Marín - Universidad de Antioquia

<sup>3</sup> Rigoberto Martínez Bermúdez, en el libro “Los manuales de procedimientos. 2ª edición, 1997

<sup>4</sup> Departamento Administrativo de la Función Pública, Red Universitaria de Extensión en Calidad

## **Elaboración de un Mapa de Procesos.**

Para realizar un mapa de procesos se deben considerar las siguientes etapas:

1. Conformar un equipo de trabajo con representantes de las diferentes áreas.
2. Deben identificarse los procesos actuales de la organización.
3. Deben identificarse los procesos requeridos para la implementación de un sistema de Gestión de Calidad.
4. Los procesos actuales se confrontan con los requeridos por la organización para implementar el Sistema de Gestión de Calidad, con lo cual se podrán identificar los procesos faltantes que deben diseñarse, documentarse, socializarse e implementarse dentro de la organización.
5. Clasificar de manera secuencial y relacionar cada uno de los procesos pertinentes al mapa de procesos.
6. Documentar la interrelación de los procesos en el mapa de procesos.

### **2.1.1.3 Manual de Procesos.**

Documento que registra el conjunto de procesos, discriminado en actividades y tareas que realiza un servicio, un departamento o toda una institución.

#### **Características del Manual.**

- Satisfacer las necesidades reales de la institución.
- Contar con instrumentos apropiados de uso, manejo y conservación adecuados.
- Facilitar los trámites mediante una adecuada diagramación.
- Redacción breve, simplificada y comprensible, facilitar su uso al cliente externo e interno.
- Ser lo suficientemente flexible para cubrir diversas situaciones.
- Tener una revisión y actualización continua.

### **2.1.1.4 Conformación del Manual.**

La estructura de un Manual de Procesos y Procedimientos debe contener los siguientes lineamientos: Portada, Misión de la Empresa, Índice o Contenido, Introducción, Objetivos del Manual, Marco Legal, Destinatarios del Manual, Manejo de Conservación del Manual, Simbología Utilizada y Procedimientos.

#### **Ventajas.**

- Ayudar al incremento de la eficiencia, la calidad y la productividad.
- Evitar discusiones innecesarias y equivocadas.



- Constituyen un instrumento efectivo de consulta, orientación y entrenamiento.
- Son un elemento de importante revisión y evaluación objetiva de las prácticas de trabajo institucionalizadas.
- Son una fuente importante y constante de información sobre los trabajos en la empresa.
- Aumenta la predisposición del personal para asumir responsabilidades.
- Facilita el proceso de hacer efectivas las normas, procesos y funciones administrativas.
- Ayuda a fijar criterios y patrones, así como la uniformidad en la terminología técnica. Con esto, facilita la normalización de las actividades administrativas y productivas.

#### **2.1.1.5 Procedimientos.**

Son planes por medio de los cuales se establece un método para el manejo de actividades futuras. Consiste en secuencias cronológicas de las acciones requeridas. Son guías de acción, no de pensamiento, en las que se detallan la manera exacta que deben realizarse ciertas actividades.

#### **Esquema General de un Procedimiento.**

- Nombre y/o logotipo de la Entidad.
- Título del procedimiento.
- Nombre del proceso.
- Código versión y página.
- Objetivo.
- Alcance.
- Responsable.
- Documentos de referencia.
- Contenido desarrollo.
- Registros.
- Anexos.
- Elaborado por.
- Revisado por.
- Aprobado por.

#### **2.1.1.6 Flujogramas.**

El flujograma es un método para describir gráficamente un proceso o procedimiento, mediante la utilización de símbolos y líneas. Estos son los símbolos mínimos que se requieren para diagramar adecuadamente un proceso o procedimiento, como lo podemos ver en la tabla 1. Además esta herramienta nos

permite conocer y comprender los procesos y procedimientos a través de los diferentes pasos, documentos y unidades administrativas comprometidas.

### **Importancia de los Flujogramas.**

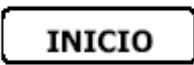

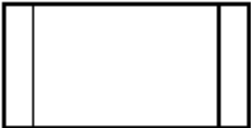

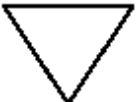



- Estandariza la representación gráfica de los procesos de trabajo.
- Identifica con facilidad los aspectos más relevantes del trabajo.
- Facilita el análisis y mejoramiento de los procesos.
- Muestra la dinámica del trabajo y los responsables del mismo.
- Facilita la ejecución del trabajo.
- Impide las improvisaciones y sus consecuencias.
- Evita el desvío y distorsión de las prácticas de la empresa.
- Provee elementos que facilitan el control del trabajo.

### **Ventajas.**

El empleo del flujograma para la representación gráfica del trabajo, tiene las siguientes ventajas:

- Describe paso a paso de cada proceso y complementa la descripción literal facilitando su consulta.
- Engloba las acciones realizadas con el propósito de transformar la información de entrada en los resultados esperados.
- Verifica el desarrollo real del proceso y representa objetivamente aquello que ocurre cotidianamente en la rutina normal de trabajo.
- Facilita la comprensión rápida del trabajo.
- Describe cualquier proceso, desde el más simple hasta el más complejo.
- Permite la visualización rápida e integrada de un proceso, facilitado el examen de los pasos, la secuencia y las responsabilidades de los ejecutantes.
- Identifica rápida y fácilmente los puntos débiles y fuertes del proceso.
- Propicia la visualización de la distribución del trabajo entre los empleados y entre las dependencias.

**Tabla 1. Simbología Básica para la Construcción de Procedimientos.**

| SÍMBOLO   | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
|    | Indica la terminación del proceso o procedimiento.   |
|    | Representa la acción necesaria para transformar una información recibida o crear una nueva, es decir una tarea o actividad.            |
|    | Representa una actividad predefinida expresada en otro diagrama.   |
|    | Representa un actividad de decisión o de conmutación.  |
|    | Representa una actividad combinada.  |
|   | Conector. Que se usa para representar una entrada o una salida dentro de la misma página o de una parte de un diagrama de flujo.       |
|  | Representa cualquier tipo de documento que se utilice en el proceso o procedimiento y aportar información para que este se desarrolle. |
|  | Representa la terminación del proceso o procedimiento.   |

#### **2.1.1.7 Formatos.**

Son plantillas, documentos, tablas, entre otros, que nos sirven para registrar la información después de realizar o ejecutar las actividades.

#### **2.1.1.8 Registros.**

Son documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos. Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad como requisitos así como de la operación eficaz, deben permanecer legibles fácilmente identificables y recuperables.

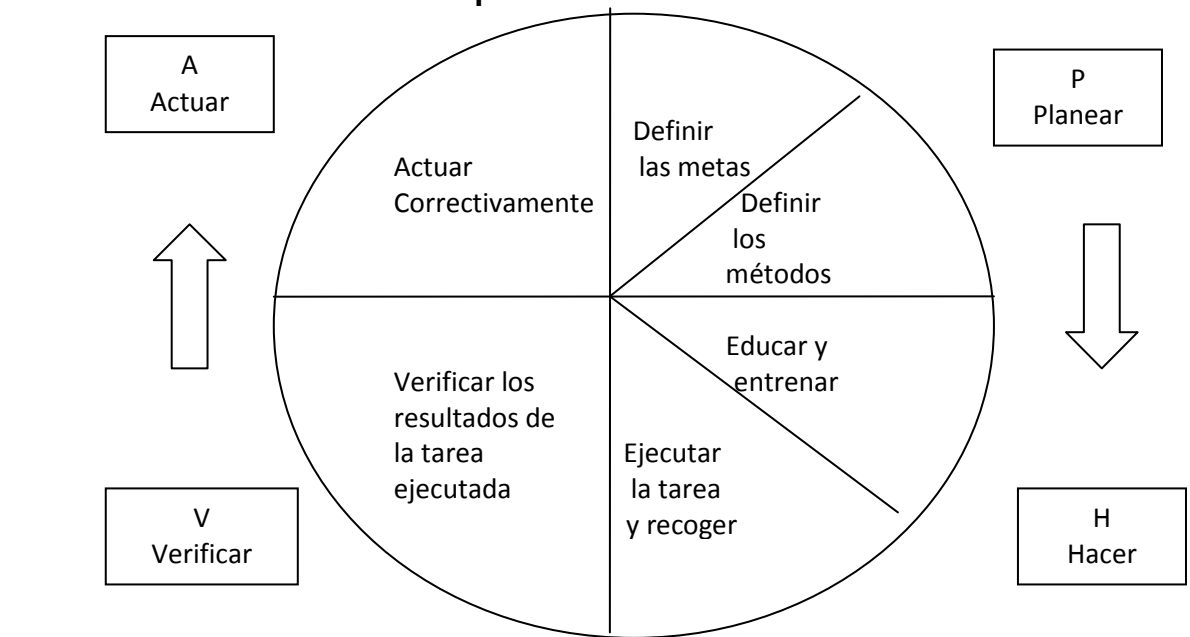
### 2.1.1.9 Estandarización.

Proceso por el cual las actividades son moldeadas según un patrón común.

### 2.1.2 GERENCIA POR PROCESOS.

La gerencia de procesos es una herramienta que permite examinar la dinámica de la institución, teniendo en cuenta que ésta se crea con el objetivo de llevar a cabo un propósito, mediante la ejecución de una secuencia articulada de actividades. De esta manera, la gerencia de procesos permite alcanzar una visión sistemática de la institución como el transcurrir continuo de una secuencia articulada de macroprocesos, procesos y procedimientos tendientes, en últimas, al logro del propósito institucional y buscando, ante todo, la coherencia entre lo que se anuncia, lo que se hace y lo que se obtiene. Es importante la toma de decisiones de procesos acertados como el ciclo PHVA, como método básico para la gerencia de procesos, como lo podemos observar en el gráfico 1. Dicho método lleva a la institución a su máxima eficiencia.

**Gráfico 1. Método Básico para la Gerencia de Procesos Ciclo PHVA.**



### 2.1.3 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS.

#### 2.1.3.1 Técnica 5W+2H.

La técnica es una herramienta para el análisis de problema, como lo muestra la tabla 2, la cual consiste en describir las siguientes preguntas:

- **¿What / QUÉ?**  
Escribir una breve descripción del problema.
- **¿When / CUÁNDO?**  
¿Cuándo está usted viendo los problemas? ¿En qué momento del día y/o del proceso?
- **¿Where / DÓNDE?**  
¿Dónde está viendo los problemas? (línea / máquina / lugar) ¿En qué parte/lugar del producto/proceso está viendo los problemas?
- **¿Who / QUIÉN?**  
¿A quién le sucede? ¿El problema está relacionado con las habilidades de la/s personas?
- **¿How / CÓMO?**  
¿Cómo se diferencia del estado normal (óptimo)? ¿La tendencia es aleatoria o tiene un patrón de recurrencia?
- **¿How Much / CUÁNTO?**  
¿Cuántos en un día? ¿En una semana? ¿En un mes? ¿Cuánta plata implica?
- **¿Why / POR QUÉ?**  
¿Por qué sucede el problema?

**Tabla 2. Técnica 5W+2H.**

|           | <b>Pregunta</b>   | <b>Descripción</b>                            |
|-----------|-------------------|---|
| Tema      | What -Qué         | ¿Qué sucede? ¿Qué estamos haciendo?           |
| Secuencia | When -Cuándo      | ¿En qué momento del día o del proceso?        |
| Ubicación | Where – Dónde     | ¿Dónde está viendo los problemas?             |
| Personas  | Who -Quién        | Relación con las habilidades de las personas. |
| Método    | How -Cómo         | ¿Cómo se diferencia del estado normal?        |
| Cantidad  | How many -Cuántos | En un día, en una semana, en un mes.          |
| Causa     | Why – Por qué     | Causas posibles.                              |

## 2.2 MARCO REFERENCIAL.

En el marco referencial se describen los antecedentes de la ESE Suroriente del Cauca<sup>5</sup>.

### 2.2.1 Reseña Histórica de la ESE Suroriente del Cauca.

La Empresa Social del Estado Suroriente del Cauca, fue creada de conformidad con el decreto número 0266 del 9 de abril del 2007, por el Gobernador del Cauca, en uso de las facultades extraordinarias conferidas en la Ordenanza N° 59 del 13 de Diciembre de 2006, en concordancia con los numerales 1º y 8º del Artículo 305 de la Constitución Política, como parte del programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestadores de Servicios de Salud en el Departamento del Cauca.

### 2.2.2 Domicilio y Sede.

La Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca, cuenta con los hospitales de primer nivel, ubicados en la Cabecera Municipal de la Vega, Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa; centros y puestos de salud en cada una de ella, como lo indica la tabla 3, la cual muestra la relación de estos con cada una de las sedes de la Entidad.

**Tabla 3. Relación de Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud.**

| <b>Sede Municipio La Vega Cauca</b>  | <b>Sede Municipio San Sebastián</b> |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Hospital Nivel I La Vega             | Hospital Nivel I San Sebastián      |
| Centro de Salud Guachicono           | Centro de Salud El Rosal            |
| Centro de Salud San Miguel           | Centro de Salud Santiago            |
| Centro de Salud Santa Rita           | Centro de Salud Valencia            |
| Puesto de Salud Altamira             | Puesto de Salud El Porvenir         |
| Puesto de Salud los Uvos             | <b>Sede Municipio Santa Rosa</b>    |
| Puesto de Salud Pancitara            | Hospital Nivel I Santa Rosa         |
| <b>Sede Municipio Almaguer Cauca</b> | Centro de Salud San Juan de V.      |
| Hospital Nivel I Almaguer            | Puesto de Salud Santa María         |
| Centro de Salud Caquiona             | Puesto de Salud Santa Marta         |
| Puesto de Salud El Tablón            | Puesto de Salud El Carmelo          |
| Puesto de Salud La Herradura         | Puesto de Salud La Primavera        |
| Puesto de Salud Llacuanas            | Puesto de Salud Villamosquera       |

<sup>5</sup> Documento de Evaluación Empresa Social del Estado Suroriente ESE, Juan Carlos Patiño Lopeza – Gerente.

### 2.2.3 Objeto Social.

El objeto social de la empresa es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelanta acciones de promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Su mayor compromiso es brindar servicio de salud a todas las comunidades que conforman la ESE Surorienté, facilitando el acceso de los usuarios a todos los servicios ofrecidos, con seguridad, pertinencia, oportunidad, continuidad y calidez en la atención.

### 2.2.4 Portafolio de Servicios ESE Surorienté.

La Empresa Social del Estado, cuenta con un portafolio de servicios asistenciales de baja complejidad, como lo podemos observar en la tabla 4 que se presenta a continuación.

**Tabla 4. Portafolio de Servicios ESE Surorienté.**

| <b>SERVICIOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD</b>  | <b>Almaguer</b> | <b>La Vega</b> | <b>San Sebastián</b> | <b>Santa Rosa</b> |
|---|-----------------|----------------|----------------------|-------------------|
| 1. Servicios ambulatorios intra y extramurales (consultas, procedimientos médicos y salud oral) | X               | X              | X                    | X                 |
| 2. Servicio de urgencias  | X               | X              | X                    | X                 |
| 3. Hospitalización de baja complejidad  | X               | X              | X                    |                   |
| 4. Atención de partos   | X               | X              | X                    | X                 |
| 5. Laboratorio baja complejidad   | X               | X              | X                    | X                 |
| 6. Radiología baja complejidad  |                 |                |                      |                   |
| 7. Servicios de ecografía obstétrica ambulatoria  | X               | X              |                      |                   |
| 8. Servicios de promoción y prevención y pab  | X               | X              | X                    | X                 |
| 9. Transporte asistencial básico  | X               | X              | X                    | X                 |

### 2.2.5 Planta de Personal.

La planta de personal está conformada como lo muestra la tabla 5, cuya función es el manejo de los cuatro Municipios.

**Tabla 5. Planta de Personal ESE Surorienté.**

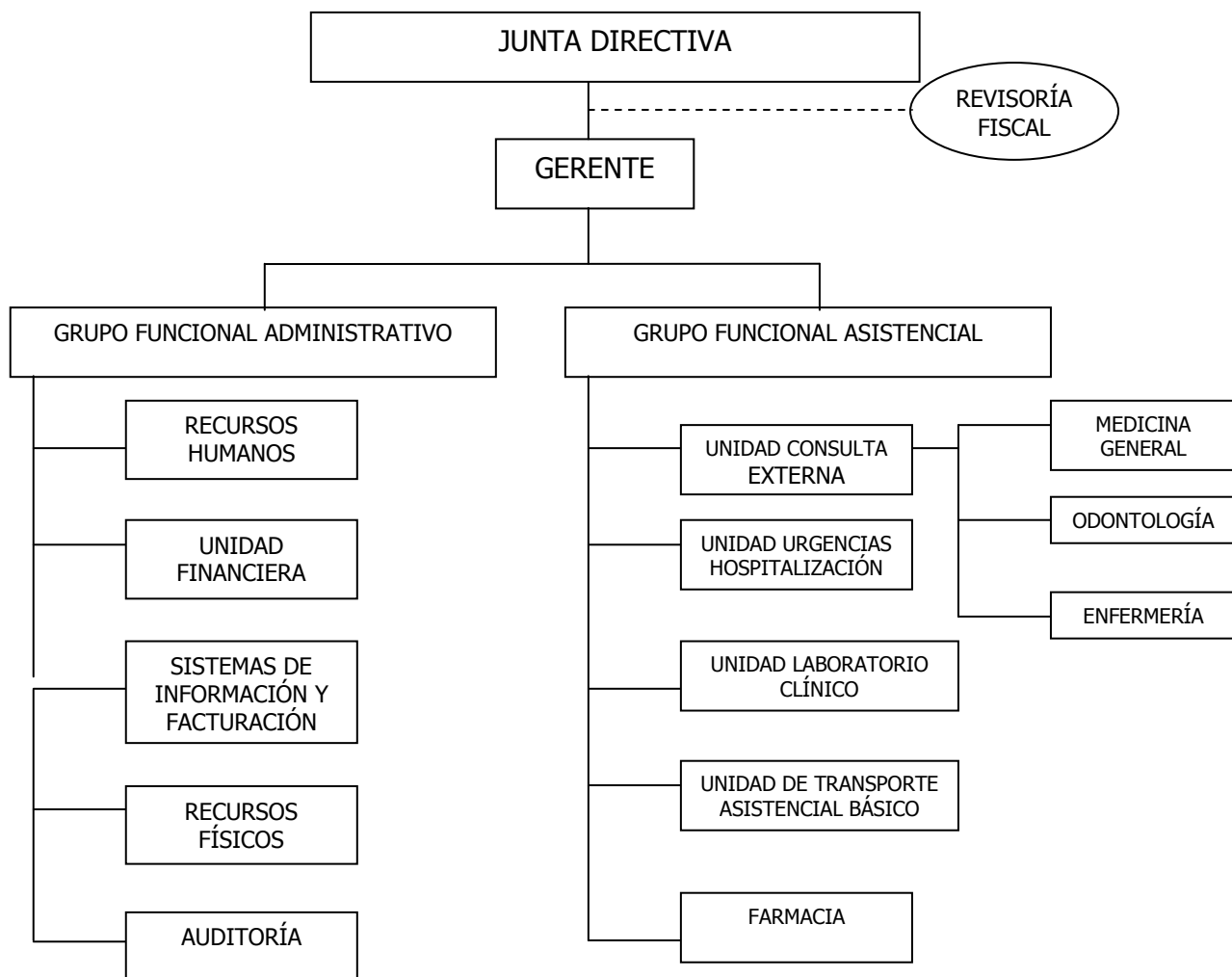
| CARGO                      | NÚMERO DE PERSONAS POR MUNICIPIO |          |            |               |
|----------------------------|----------------------------------|----------|------------|---------------|
|                            | La Vega                          | Almaguer | Santa Rosa | San Sebastián |
| Gerente                    | 1                                |          |            |               |
| Coordinador Administrativo | 1                                |          |            |               |
| Coordinador Asistencial    | 1                                | 1        | 0          | 0             |
| Auxiliar Administrativo    | 2                                | 0        | 1          | 1             |
| Odontólogo (a)             | 3                                | 2        | 2          | 1             |
| Auxiliar en Salud          | 1                                | 1        | 1          | 1             |
| Enfermero                  | 1                                | 1        | 1          | 1             |
| Médico                     | 7                                | 5        | 2          | 4             |
| Auxiliar de Enfermería     | 12                               | 9        | 5          | 10            |
| Auxiliar en Farmacia       | 1                                | 1        | 2          | 0             |
| Auxiliar de Laboratorio    | 1                                | 1        | 1          | 1             |
| Auxiliar de Odontología    | 3                                | 1        | 1          | 1             |
| Bacteriólogo               | 2                                | 1        | 1          | 1             |
| Cajero                     | 7                                | 2        | 1          | 2             |
| Conductor                  | 6                                | 3        | 1          | 2             |
| Higienista Oral            | 3                                | 2        | 1          | 1             |
| Técnico en Rayos x         | 0                                | 1        | 0          | 0             |
| Profesional Universitario  | 0                                | 0        | 1          | 0             |
| Técnico en Sistemas        | 1                                | 0        | 0          | 0             |
| Servicio Generales         | 4                                | 3        | 2          | 3             |
| Portero                    | 2                                | 2        | 2          | 2             |

### 2.2.6 Estructura Organizacional de la ESE Surorienté.

De acuerdo al Decreto 1876 de Agosto 3 de 1994, en el Capítulo II, Artículo 5 Numerales a, b y c. La Empresa Social del Estado, tiene la estructura organizacional como lo muestra el organigrama en el gráfico 2, la cual definirá tres áreas funcionales.



**Gráfico 2. Organigrama Empresa Social del Estado ESE Suroriente del Cauca.**



### 2.2.6.1 Área Gerencial o de Dirección.

Constituida por la Junta Directiva y la Gerencia, órganos estos que tiene como fin el direccionamiento estratégico de la empresa. A continuación, se presenta por medio de la tabla 6, la composición de dicha junta directiva.

**Tabla 6. Composición de la Junta Directiva de La Empresa Social del Estado ESE Surorienté.**

| <b>NOMBRE</b>                           | <b>REPRESENTACIÓN</b>                         |
|---|---|
| Dr. Guillermo Alberto González          | Gobernador (Presidente).                      |
| Dr. Iván Gerardo Guerrero Guevara       | Secretario de Salud del Cauca.                |
| Dr. Luis Alfredo Molano                 | Alcalde municipal de La Vega.                 |
| Sr. Leyder Mamián Narvaez               | Representantes de los Gremios Productivos.    |
| Dr. Neil Caballero, Dr. Alexander Navia | Representantes del Sector Científico Externo. |
| Md. Carmela Lovato                      | Representante del Sector Científico Interno.  |
| Sr. Edil Rivera                         | Representante de la Liga de Usuarios.         |

#### **2.2.6.2 Área Administrativa.**

Se encargará de crear y garantizar el apoyo logístico para el logro de los fines asistenciales, para lo cual debe diseñar e implementar procesos organizacionales que le permitan de manera ágil el uso eficiente de los recursos de la ESE. Esta área debe proveer el recurso humano capacitado para el ejercicio asistencial, así como los recursos financieros, equipos, insumos y condiciones locativas, necesarios para el funcionamiento de la ESE. Comprende las unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control del talento humano, recursos financieros, físicos y de información, necesaria para alcanzar y desarrollar los objetivos de la organización y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

#### **2.2.6.3 Área Asistencial.**

Su objetivo, es prestar los servicios de salud del portafolio ofrecido a la población y obedeciendo a los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia. Se deberá planificar la prestación del servicio de tal forma que se genere complementariedad entre los puntos de atención de la ESE y de ésta con la Red Departamental.

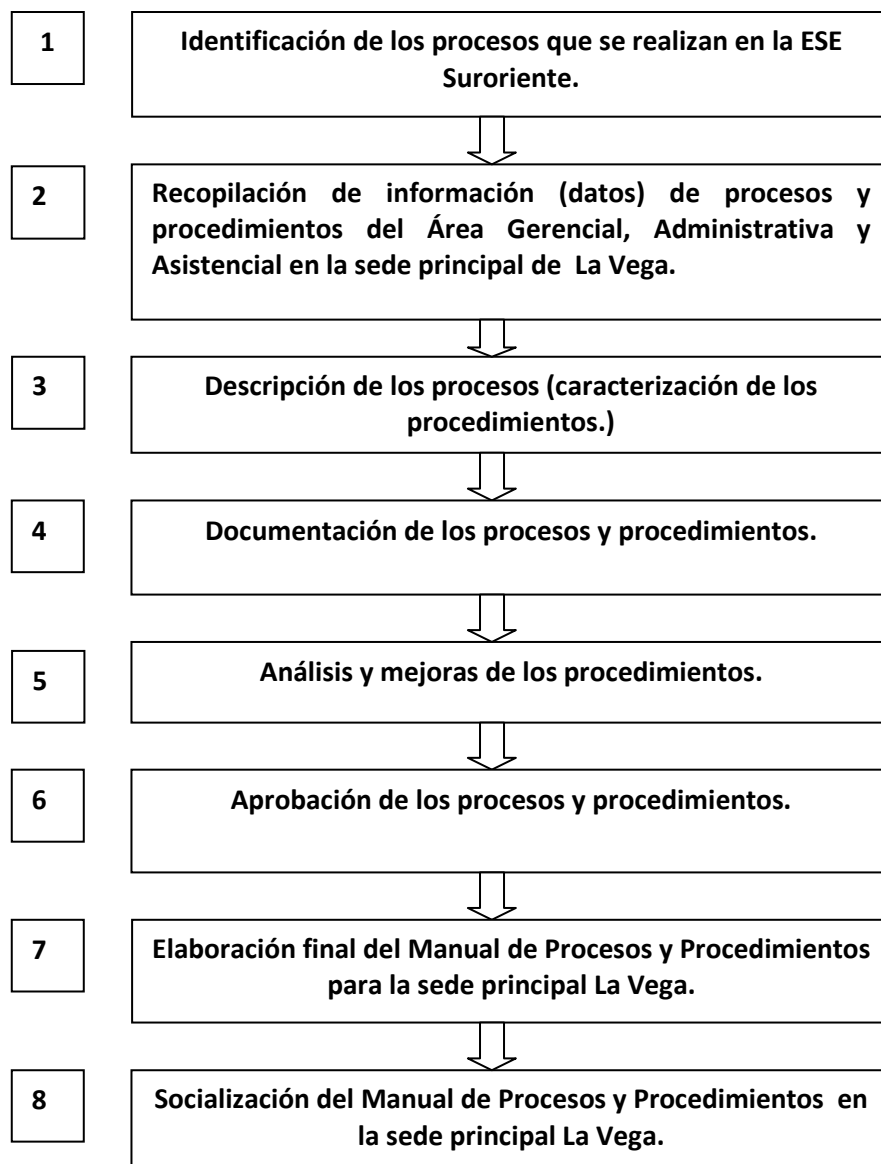
## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 FASES PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Para la elaboración del Manual de procesos y procedimientos, se elaboro de acuerdo a una serie de fases, como se muestra en el gráfico 3.

**Gráfico 3. Fase para Elaborar el Manual de Procesos y Procedimientos.**



### **3.2 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.**

La metodología utilizada para el desarrollo de este trabajo de grado, se realizó como se describe a continuación:

La identificación de los procesos y procedimientos del área gerencial, administrativa y asistencial que se realizan actualmente en la ESE Suroriente y que le permite cumplir con su Misión, y el levantamiento de toda la información se ejecutó a través de visitas a su Sede Principal La Vega, donde se desarrollaron sesiones de grupo con funcionarios de las tres áreas y la jefe de control interno, con el objetivo de determinar en primera instancia, si todos los empleados conocían la Misión, Visión, código de valores, organigrama, manual de funciones, mapa de procesos de la Entidad y procedimientos estandarizados. Las sesiones de grupo se llevaron a cabo de una manera informal, donde a cada uno de los funcionarios se les preguntó sobre lo puntos anteriores, para posteriormente plasmar conclusiones de sus respuestas en una hoja de control. En segundo lugar se realizaron entrevistas a cada uno de los funcionarios de la Sede Principal La Vega, para identificar los procedimientos, tanto del área gerencial y administrativa como asistencial de la ESE Suroriente.

De igual forma, se visitó las demás sedes con las que cuenta esta Entidad como son Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa, con el propósito de observar y verificar si en estas se ejecutaban los mismos procesos y procedimientos, para poder conseguir así que el Manual de Procesos y Procedimientos sea una herramienta de gran utilidad para todas sus sedes.

Para la elaboración del Mapa de Procesos de la Entidad se tuvo en cuenta su plan de gestión, del cual se pudo obtener un diagnóstico de los procesos y procedimientos actuales que se desarrollan en el área gerencial, administrativa y asistencial. En dicho diagnóstico, se identificó un listado de todos los procesos y procedimientos más relevantes según cada área de la Entidad y confrontarlos con las entrevistas hechas anteriormente a cada funcionario y obtener la lista final de procesos y procedimientos.

Posteriormente, se hizo el análisis del conjunto de procesos y procedimientos y se discutieron algunos que se podían incluir según el Sistema de Gestión de la Calidad, para finalmente clasificarlos en procesos estratégicos, misionales y de apoyo y representarlos gráficamente en un mapa de procesos general.

Una vez obtenidos todos los procesos y procedimientos se hizo la recopilación de toda la información (datos), de los procedimientos del área gerencial, administrativa y asistencial de la Sede Principal La Vega, plasmados en el Mapa de Procesos, para lo cual se contó con distintos instrumentos, como son la observación, buzón de sugerencias y las entrevistas anteriormente mencionadas,

utilizando un formato, donde se diligenció el área, la dependencia, nombre del procedimiento, sus pasos, la descripción y el ejecutante o responsable.

Con toda la recolección de la información se continuó con la descripción y documentación de los procedimientos mediante una caracterización de los mismos, de acuerdo a un formato que contiene los siguientes ítems: nombre del procedimiento, objetivo del procedimiento, alcance, responsable, proveedores, entradas, actividades, salidas, clientes, recursos humanos, recursos de infraestructura y ambiente de trabajo, documentos asociados internos, documentos asociados externos, requisitos aplicables como normas o legales y reglamentarios, para de esta manera presentarlos de forma escrita, quedando así la documentación de todos los procedimientos.

En cuanto al análisis y mejoras de los procedimientos que se realizan en el área gerencial, administrativa y asistencial de la Sede, se realizó por medio de la técnica de las 5W+2H, evaluando cada uno de ellos, identificando las fallas que presentan, tomando como referencia las sugerencias de las personas involucradas en la realización de las actividades diarias, la forma como realizan los procedimientos en otras instituciones de salud, quejas de los usuarios, traduciendo las necesidades de los clientes al lenguaje de la entidad, teniendo en cuenta las normas legales y reglamentarias del Estado y los requisitos establecidos por la propia Entidad para llevar a cabo sus funciones.

Por último, se pusieron a consideración de todos los funcionarios de la Sede que de alguna manera intervienen en la realización de los procedimientos para su aprobación, y así continuar con el diseño final del Manual de Procesos y Procedimientos, teniendo en cuenta algunos requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad. Posteriormente se realizó la socialización en la Sede Principal La Vega.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. DESARROLLO DEL TRABAJO**

#### **4.1 ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.**

Para la elaboración del Mapa de Procesos consideramos las siguientes etapas<sup>6</sup>:

1. Conformar un equipo de trabajo con representantes de las diferentes áreas de la Entidad para analizar, diseñar y elaborar el mapa de procesos.
2. Identificar los procesos actuales de la organización.
3. Identificar los procesos requeridos para la implementación de un SGC.
4. Confrontación de los procesos actuales con los requeridos por la Entidad, para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.
5. Con lo cual, se podrá identificar los procesos faltantes que deben diseñarse, documentarse, socializarse e implementarse dentro de la Entidad. Para lo anterior, es importante priorizar el nivel de importancia de los procesos, calculando el impacto de estos, dentro de la Entidad, para posteriormente seleccionar los procesos claves.
6. Clasificar de manera secuencial y relacionar cada uno de los procesos pertinentes al mapa de procesos.
7. Documentar la interrelación de los procesos en el mapa de procesos.

##### **4.1.1 Conformación del Equipo de Trabajo.**

La primera etapa para la elaboración del mapa de procesos se realizó a través de la integración de un grupo de trabajo en la Sede Principal La Vega, con el objetivo de trabajar en coordinación del proceso de diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno, aclarando que con este mismo grupo se trató todo lo referente al Manual de Procesos y Procedimientos, empezando por la elaboración del mapa de procesos general que sirviera de guía para las demás sedes, ya que el Manual de Procesos y Procedimientos se elaboró para la Sede Principal La Vega.

Por lo tanto, la conformación del grupo se desarrollo con diez (10) personas, incluyendo funcionarios de todas las áreas de la sede, los cuales comunicaban las opiniones de los demás funcionarios, quedando de la siguiente manera:

---

<sup>6</sup> Fontalvo Herrera José Tomás. Herramientas efectivas para el diseño e implantación de un sistema de gestión de la calidad ISO-9000-2000. Capítulo 3. Gestión por procesos.

**Tabla 7. Integración del Grupo Operativo**

| INTEGRANTES DEL EQUIPO             |                         |
|------------------------------------|-------------------------|
| SEDE: LA VEGA                      |                         |
| NOMBRE                             | CARGO                   |
| 1. Andrés Arturo Escamilla Acevedo | Médico                  |
| 2. Karen del Carmen Hernández Meza | Bacterióloga            |
| 3. Johana Rodríguez Posada         | Médico S.O.S            |
| 4. Ruby Margarita Caicedo Rengifo  | Auxiliar de Farmacia    |
| 5. John Jader Núñez                | Enfermero S.O.S         |
| 6. Claudia Milena Rengifo          | Auxiliar Administrativo |
| 7. Neila Constanza Chito           | Auxiliar Odontología    |
| 8. Eibar Erney Buitrón             | Auxiliar de Enfermería  |
| 9. Rodrigo Quinayás Quinayás       | Conductor               |
| 10. Benjamin Hernán Muñoz          | Cajero/Facturador       |

Este componente pretende que los funcionarios al servicio de la Empresa Social del Estado apliquen el autocontrol y el control interno en las acciones que realizan dentro de la Entidad. Para lograrlo se requiere que conozcan acerca de los fines esenciales de la ESE Surorienté, su Misión, Visión, Organigrama, etc., los cuales deben conocer todos los funcionarios de la Institución Pública, para la cual laboran. Por consiguiente en las diferentes sesiones de trabajo, hechas con los funcionarios de la Entidad en la Sede Principal La Vega se aplicó el cuestionario que se presenta a continuación, el cual tiene como objetivo conocer la opinión de cada uno de ellos, a cerca de diferentes aspectos, con el fin de determinar si existe un grado de pertinencia, participación y compromiso de los funcionarios dentro de la Entidad.

#### CUESTIONARIO

1. ¿Tienen algún conocimiento de la Misión de la Entidad?
2. ¿Tienen algún conocimiento de la Visión de la Entidad?
3. ¿Conoce el código de valores de la Entidad?
4. ¿Conoce el Organigrama de la Entidad?
5. ¿La entidad cuenta con un Manual de Funciones?
6. ¿La entidad cuenta con un Mapa de Procesos y Procedimientos?
7. ¿Los procedimientos de la sede están estandarizados?

Al conocer las respuestas dadas por cada uno de los funcionarios tanto gerenciales y administrativos como asistenciales que laboran dentro de la sede, se obtuvo el siguiente diagnóstico, como se puede observar en las siguientes tablas<sup>7</sup>:

**Tabla 8. ¿Tienen Algún Conocimiento de la Misión de la Entidad?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 22         | 88%        |
| No    | 3          | 12%        |
| TOTAL | 25         | 100%       |

En la Sede Principal La Vega de la ESE Suroriente, 22 funcionarios equivalentes a un 88% tienen conocimiento de la Misión, lo cual es un gran porcentaje significativo del total de de funcionarios, lo que quiere decir que en esta sede se cuenta con una Misión establecida formalmente y que la mayoría de sus empleados tienen conocimiento de ella. Además, la sede tiene plasmada la Misión en la entrada de sus instalaciones, lo cual es muy importante para que todas las personas la lean y la recuerden.

**Tabla 9. ¿Tienen Algún Conocimiento de la Visión de la Entidad?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 20         | 80%        |
| No    | 5          | 20%        |
| TOTAL | 25         | 100%       |

Para esta pregunta se tiene que 20 funcionarios equivalentes a un 80% afirmaron tener conocimiento de la Visión de la Entidad, lo cual significa que se cuenta con una Visión establecida formalmente, pero 5 funcionarios, con un 20% dicen no conocer de ella, este porcentaje está dentro del personal asistencial, por el contrario directivos y administrativos, la conocen muy bien.

**Tabla 10. ¿Conoce el Código de Valores de la Entidad?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 21         | 84%        |
| No    | 4          | 16%        |
| TOTAL | 25         | 100%       |

Se puede observar que 21 funcionarios, equivalentes a un 84% dicen conocer el Código de Valores de la Entidad, lo que quiere decir que la Institución, tiene establecido formalmente los principios y valores. Por el contrario 4 funcionarios,

<sup>7</sup> Frecuencia : número de funcionarios



equivalentes a un 16%, no tienen conocimiento de ellos formalmente, pero afirman conocerlos de manera informal, es decir llevarlos en la mente.

**Tabla 11. ¿Conoce el Organigrama de la Entidad?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 17         | 68%        |
| No    | 8          | 32%        |
| TOTAL | 25         | 100%       |

Con base en el Organigrama 17 funcionarios, lo cual corresponde a un 68%, afirmaron tener conocimiento de los diferentes cargos de la Entidad, sin embargo los funcionarios asistenciales no saben como está representado en el organigrama, dicho resultado se refleja con un porcentaje del 32%, que equivale a 8 funcionarios, mientras que los directivos afirman saber que este es un elemento de control, que configura, integra y articula los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la Entidad.

**Tabla 12. ¿La Entidad Cuenta con un Manual de Funciones?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 9          | 36%        |
| No    | 16         | 64%        |
| TOTAL | 25         | 100%       |

En cuanto al Manual de Funciones, 9 empleados respondieron afirmativamente con un 36%, por el contrario 16 funcionarios equivalentes a un 64%, aseguran no conocerlo formalmente. Por lo tanto, es importante aprovechar ese porcentaje y convertirlo a favor de la Entidad, puesto que la Institución no cuenta con un Manual de Funciones actualizado y estructurado formalmente para todos sus funcionarios; solo existe un Manual de Funciones para los empleados de planta, en consecuencia, cada uno de ellos argumenta que sabe lo que tiene que hacer y conoce sus responsabilidades.

**Tabla 13. ¿La Entidad Cuenta con un Mapa de Procesos?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 0          | 0%         |
| No    | 25         | 100%       |
| TOTAL | 25         | 100%       |

La Entidad no tiene identificado un Mapa de Procesos del área gerencial, administrativa y asistencial como se ve reflejado en el porcentaje, el cual fue de un 100%. Los funcionarios de la sede aseguraron no tener conocimiento alguno del Mapa de Procesos y Procedimientos que maneja la Entidad, por lo tanto el

diagnóstico que se obtuvo para estas áreas se realizó teniendo en cuenta el plan de gestión.

**Tabla 14. ¿Los Procedimientos de las Sede están Estandarizados?**

|       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Si    | 0          | 0%         |
| No    | 25         | 100%       |
| TOTAL | 25         | 100%       |

La Entidad no cuenta con Procesos y Procedimientos Estandarizados, que permitan una mejor prestación del servicio en todas las sedes, unificando sus esfuerzos para obtener mejores resultados y que permitan prestar un servicio de calidad, como se ve en el porcentaje, el cual fue del 100% en la Sede Principal La Vega. Sin embargo, al visitar las demás sedes de la Entidad se observó que cuentan con los mismos Procesos y Procedimientos, ejecutándolos de la misma forma.

#### **4.1.2 Identificación de los Procesos Actuales de la Entidad.**

Para el desarrollo de la segunda etapa, es decir para la identificación de los procesos actuales que se realizan en la Entidad, se obtuvo un diagnóstico de sus diferentes áreas teniendo en cuenta su plan de gestión actual, y las entrevistas con los funcionarios de la Sede Principal La Vega, así:

**GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA:** Esta área incluye el análisis de los aspectos de Direccionamiento Estratégico, Gestión Financiera, Sistemas de Información y Control Interno, que hacen parte del diagnóstico inicial de la Entidad.

##### **1. Direccionamiento Estratégico.**

No se encuentran pruebas documentales sobre la existencia de herramientas de planeación. Debido al poco tiempo de permanencia de los gerentes, ninguno propuso un plan de desarrollo, plan de acción ni políticas institucionales que le dieran un horizonte claro a la Entidad, por el contrario, se dedicaron a dar solución al día a día, primando la improvisación ante la planeación.

##### **2. Gestión Financiera.**

No se encuentran establecidos formalmente los procesos, ni procedimientos contables presupuestales, de tesorería, facturación y cartera; no existe un sistema de costos que permita establecer con precisión el valor de cada actividad realizada. Sin embargo, la ESE Suroriente produce la información necesaria para dar cumplimiento a los requerimientos de los entes de control y para realizar las evaluaciones y seguimiento a los indicadores financieros establecidos en el convenio de desempeño que sirven de base para la toma de decisiones.

### 3. Implementación de Sistemas de Información.

No se han implementado como tal, existen actualmente, software en cada área que funcionan independientemente y se utilizan para el procesamiento, consolidación y generación de la información financiera, de producción, facturación y farmacia. Estos procesos no se han estructurado ni documentado, pero hay un adecuado cumplimiento en el envío de la información a las instancias de dirección, vigilancia y control del sistema, entre las que se incluye el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Contaduría General de la Nación y Contralorías. De igual manera, es importante tener en cuenta que muchos de estos procesos se desarrollan mecánicamente, partiendo de los conocimientos y experiencia de las personas responsables de generar la información. Es de anotar, que los programas siguen presentado inconsistencias en su funcionamiento, ocasionando traumas en el proceso de producción de información y pérdida de recursos en las actividades facturadas a los pagadores.

### 4. Sistema Control Interno de la Entidad.

Dentro del sistema de control interno se deben tener en cuenta aspectos tales como: control estratégico, control de gestión y control de evaluación; los cuales a la fecha no se evidencia que la ESE Suroriente haya iniciado el proceso de implementación.

**ÁREA ADMINISTRATIVA:** Esta área incluye Gestión de Recursos Humanos, Recursos Físicos, Externalización de Servicios, Contratación de Personal, Sistema de Compras, Procedimientos de Adquisición, Mantenimiento Hospitalario, Transporte de Pacientes y Personal, Alimentación de Pacientes y Programas de Salud Ocupacional.

#### 1. Gestión de Recursos Humanos.

Los procesos se hacen de manera empírica, no se han estructurado los procesos de gestión de recursos humanos, existen manual de funciones para los funcionarios de planta, no existen manuales de procedimientos estructurados de acuerdo a las necesidades de la Entidad, los que se aplican han sido retomados las antiguas unidades de salud, los cuales requieren de un rediseño y acomodación a la situación actual de la Entidad. No existe constituido un comité de bienestar social, lo mismo un programa de capacitación, estos se realizan de acuerdo a las situaciones presentadas día a día y a las decisiones que se tomen en las reuniones de personal.

## 2. Recursos Físicos.

Es uno de los puntos críticos de la Entidad, puesto que aún no se ha logrado legalizar en gran parte las propiedades de la ESE Surorienté que fueron donadas por la Dirección Departamental de Salud Liquidada. La misma situación se presenta con los vehículos que fueron cedidos para la prestación de servicios de salud, los cuales no se han podido legalizar por la falta de documentación y las grandes sumas adeudadas por impuestos y multas.

## 3. Externalización de Servicios.

A 31 de diciembre de 2007 se contrató con operadores externos gran parte de los procedimientos de consulta externa, actividades de promoción y prevención, servicios de aseo y vigilancia, lo mismo que el manejo de los residuos hospitalarios y el mantenimiento de los equipos biomédicos. A septiembre 30 de 2008 se hizo necesaria la contratación de personal adicional al contemplado en el proyecto de creación, para poder cumplir con las metas de producción y cubrir geográficamente toda el área de influencia.

## 4. Contratación de Personal.

Al momento de contratar personal para desarrollar actividades de tipo administrativo, contratos de prestación de servicios y de mano de obra, se solicita la documentación que cumpla con los requisitos estipulados en las normas para tal fin. Sin embargo, se puede evidenciar que se desconocen o no se aplican ciertos procesos de la etapa precontractual y de liquidación de los contratos.

## 5. Sistema de Compras.

Aunque en la elaboración del presupuesto de la vigencia 2007, se diseñó el Plan de Compras de la Entidad, se evidencia que éste no se tuvo en cuenta para las adquisiciones y se realizaron sin una planeación o programación de consumo, lo cual generó que a diciembre 31 de 2007, quedaran sin cancelar compromisos que pasaron a generar cuentas por pagar de dicha vigencia. En el año 2008, se inició una nacionalización de las compras para evitar la misma situación de la vigencia anterior.

## 6. Procedimientos de Adquisición.

Se observa que no se aplicaron los procedimientos para la adquisición de bienes al no estar constituido el comité de compras. Actualmente, se realizan por solicitud de los coordinadores con la autorización del gerente de acuerdo a las necesidades de consumo.

## 7. Mantenimiento Hospitalario.

Existen centros y puestos de salud en cada uno de los puntos de atención que necesitan de remodelación y reestructuración con el fin de cumplir con los requisitos de habilitación, sin embargo no se han podido adelantar dichos trabajos debido a la falta de legalización de la propiedad de los bienes. Para la parte de equipos biomédicos se cuenta con un contrato con personal externo, el cual hace las visitas de rutina de mantenimiento preventivo, de acuerdo a las hojas de vida de los equipos y mantenimiento correctivo cuando se presentan daños por uso de los mismos. Existe un problema considerable dentro del mantenimiento del parque automotor, ya que el mal estado de las vías del macizo hace que se deterioren con relativa frecuencia, incrementando considerablemente el gasto de la Entidad por este concepto.

## 8. Transporte de Pacientes y Personal.

Se cuenta con ambulancias de traslado asistencial básico con su respectiva dotación e insumos para su funcionamiento. El transporte para el personal que se desplaza a las brigadas de salud, se contrata con personal externo en cada uno de los puntos.

## 9. Alimentación de Pacientes.

Se realiza con operadores externos y se tiene en cuenta de acuerdo a los promedios de ingresos hospitalarios por cada punto de atención.

## 10. Programa Salud Ocupacional.

No se evidencia información sobre la existencia de un reglamento interno de trabajo, mucho menos un programa de salud ocupacional. No hay un archivo de reporte de accidentes de trabajo. Actualmente, existe un contrato para la implementación del programa de salud ocupacional.

**ÁREA ASISTENCIAL:** Esta área incluye Consulta Médica, Consulta Odontológica, Hospitalización, Urgencias Vitales, Referencia y Contra referencia, Entrega de Medicamentos, Promoción y Prevención. Esta área cuenta con protocolos de los distintos procedimientos que se deben seguir con los usuarios en cada consultorio.

Con el diagnóstico anterior, a continuación se determinaron los procesos y procedimientos actuales de la Entidad para cada área, los cuales son:

### ÁREA GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA

- Direccionamiento Estratégico.

- Gestión Financiera.
- Sistemas de Información.
- Control Interno.

#### ÁREA ADMINISTRATIVA

- Gestión de Recursos Humanos.
- Recursos Físicos.
- Externalización de Servicios.
- Contratación de Personal.
- Sistema de Compras.
- Procedimientos de Adquisición.
- Mantenimiento Hospitalario.
- Transporte de Pacientes y Personal.
- Alimentación de Pacientes.
- Programa Salud Ocupacional.

#### ÁREA ASISTENCIAL

- Consulta Médica.
- Consulta Odontológica.
- Hospitalización.
- Urgencias Vitales.
- Referencia y Contra referencia.
- Entrega de Medicamentos.
- Promoción y Prevención.

#### **4.1.3 Identificación de los Procesos Requeridos para la Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad.**

Es importante entonces, que la ESE Surorienté replantee sus procesos y procedimientos, donde se identifiquen los procesos requeridos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad<sup>8</sup>, los cuales se basan principalmente en procesos de Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los Recursos, Realización del Producto y Medición, Análisis y Mejora.

#### **4.1.4 Procesos y Procedimientos de la Entidad para Implementar un S.G.C.**

Confrontando los procesos y procedimientos actuales de la Entidad y los requeridos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, se elaboró el listado de procesos y procedimientos claves<sup>9</sup>, añadiendo procesos

<sup>8</sup> Fontalvo Herrera José Tomas. Herramientas efectivas para el diseño e implantación de un sistema de gestión de la calidad ISO-9000-2000. Capítulo 3. Gestión por procesos.

<sup>9</sup> Para efectos del desarrollo del trabajo los procesos y procedimientos están representados por viñetas, así:

- Procesos
- Procedimientos

para brindar un servicio de calidad al usuario final, para lo cual se sugirió que quedara de esta manera:

## ÁREA GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA

- Gestión Territorial.
  - Sistema de Gestión Intersectorial.
  - Fortalecimiento y Contratación de Programas de Seguridad Pública.
- Gestión Gerencial
  - Planeación Estratégica.
- Gestión de Recursos Financieros.
  - Planeación y Control Presupuestal.
  - Administración de Recursos.
  - Sistema Contable y de Costos.
  - Facturación y Cartera.
- Gestión Judicial y de Control.
  - Legalización de Contratos.
  - Representación y Asesoría Judicial.
  - Implementación y Evaluación de Control Interno.
- Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad.
  - Habilitación.
  - Auditoria en la Calidad.
  - Acreditación.
  - Seguimiento, Control y Análisis de Datos.
- Gestión Ambiental.
  - Residuos Hospitalarios.
- Sistema de Información y Atención al Usuario S.I.A.U.

## ÁREA ADMINISTRATIVA

- Gestión del Talento Humano.
  - Selección y Vinculación del Personal.
  - Evaluación del Desempeño.
  - Salud Ocupacional.
- Gestión de Recursos Físicos.
  - Adquisición y Suministro.
  - Almacenamiento y Distribución.

- Administración de Inventarios y Activos Físicos.
- Gestión de Instalaciones.
  - Adecuación de Estructura.
  - Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Planta Física y Equipos Médicos y Tecnológicos.

## ÁREA ASISTENCIAL

- Atención Ambulatoria.
  - Consulta Médica General.
  - Consulta Odontológica.
- Apoyo Diagnóstico.
  - Imágenes Diagnósticas.
  - Laboratorio Clínico.
- Atención de Urgencias.
  - Atención de Urgencias Vitales.
  - Atención de Urgencias No Vitales.
- Promoción y Prevención.
  - Intramural.
  - Extramural.
- Hospitalización.
  - Hospitalización.
- Traslado Asistencial Básico.
  - Traslado Asistencial Básico.
- Servicios de Salud Pública.
  - Plan de Intervenciones Colectivas.
- Apoyo Logístico en Sedes.
  - Vigilancia.
  - Servicios Generales.
  - Conducción.
  - Recepción de Correspondencia.
  - Envío de Correspondencia.
  - Entrega de Medicamentos.



#### **4.1.5. Clasificación de los Procesos de la Entidad, en Estratégicos, Misionales y de Apoyo dentro del Mapa de Procesos.**

Para Hammer y Champy, un proceso es el conjunto de actividades que reciben una o unas entradas y crean un producto, servicio y valor para el cliente<sup>10</sup>. Por lo tanto, para definir de manera secuencial y relacionar cada uno de los procesos pertinentes al Mapa de Procesos General se deben clasificar en Estratégicos, Misionales y de Apoyo<sup>11</sup>.

Dentro de los procesos estratégicos, están todos aquellos que incluyen a la dirección y son responsabilidad de la misma. Se constituyen en soporte para el establecimiento de la estrategia, así como también, para la alineación de la entidad y se refieren principalmente a procesos de coordinación de todos los recursos disponible a través de la gestión y la planificación, además están determinados a largo plazo, por lo tanto dentro de estos procesos claves se encuentran:

- Proceso Gestión Territorial, es necesario considerarlo como un proceso estratégico, debido a que es aquí donde se formalizan convenios interinstitucionales viables para el desarrollo de las actividades diarias de la Entidad. Dentro de este proceso están los procedimientos de sistema de gestión intersectorial y Fortalecimiento y contratación de programas de seguridad pública.
- Proceso Gestión Gerencial, dentro del cual está el procedimiento de planeación estratégica, se determinó así porque es muy importante en toda Entidad dar un norte a seguir, donde la formulación de objetivos, estrategias, planes, actividades y el control de los mismos, son vitales para el buen desempeño de toda la Entidad, permitiendo generar ventajas competitivas en un ambiente competitivo.
- Proceso Gestión de Recursos Financieros, forma parte de los procesos estratégicos porque aquí se define la estructura financiera de la Entidad, es decir la obtención y gestión de los recursos económicos para cumplir con sus operaciones diarias. Así mismo, determina la capacidad que tiene la Institución para cubrir sus obligaciones, por lo tanto las decisiones financieras que se toman se ven reflejadas en toda la Entidad de forma positiva o negativa, lo cual convierte a la gestión financiera en un instrumento de control para una distribución más eficiente de los recursos financieros. Hacen parte de este proceso, el

---

<sup>10</sup> Citado por SOLUZIONA, La norma ISO 9001 del 2000, Resumen para directivos, GESTION 2000, Barcelona, 2001, Pág. 34.

<sup>11</sup> Citado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Red Universitaria de Extensión en Calidad la clasificación de los procesos se definen como: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de Apoyo.

procedimiento de Planeación y control presupuestal, el procedimiento de Administración de recursos, el procedimiento de Sistema contable y de costos y el procedimiento de Facturación y cartera.

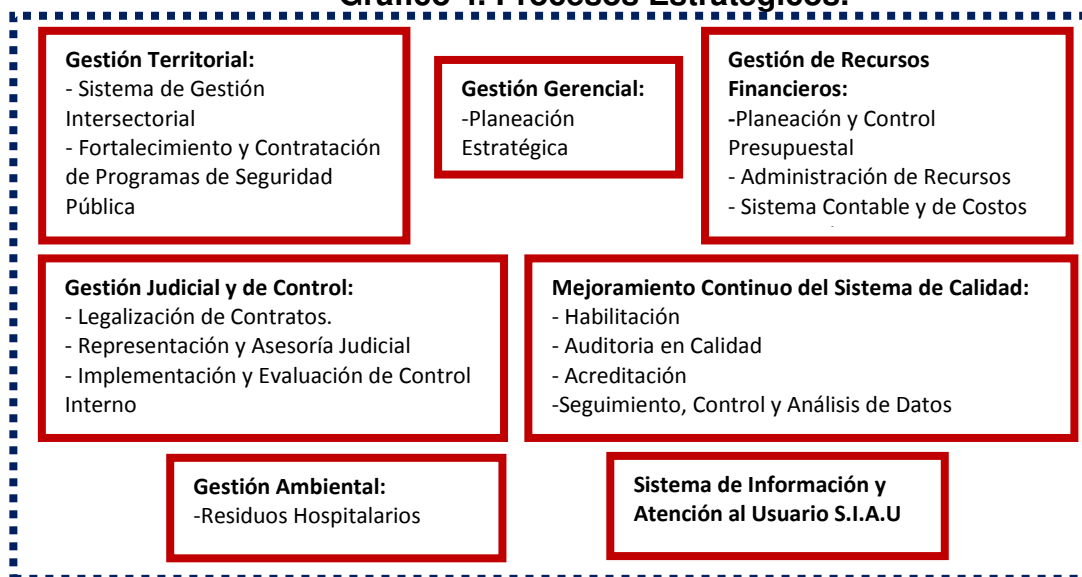
- Proceso Gestión Judicial y de Control, pertenece al conjunto de procesos estratégicos, porque toda Entidad debe tener al día y con claridad toda clase de asuntos legales y mas aún si es una Institución Pública. Forman parte de este proceso, los procedimientos de Contratación jurídica con empresas, Representación y asesoría judicial y finalmente Implementación y evaluación de control interno.
- Proceso Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad, es "la integración entre una estrategia que se materializa a través de unos procesos"<sup>12</sup>, por lo tanto, se sugiere que esté dentro de los procesos estratégicos, porque un sistema de gestión de la calidad se materializa cuando se establece una estrategia, la cual se implanta a través del diseño y operacionalización de los procesos e incluye el compromiso de la alta dirección con la formulación de políticas y objetivos de calidad, donde se estructura el modelo por procesos, el cual debe ser interiorizado, implementado y monitoreado para la identificación de oportunidades de mejoras y poder así satisfacer las necesidades y expectativas del usuario. Dentro de este proceso, se encuentran los procedimientos de Habilitación, Auditoría en calidad, Acreditación y Seguimiento, control y análisis de datos.
- Proceso de Gestión Ambiental, se incluye dentro de los procesos claves, porque es la estrategia mediante la cual se organizan las actividades del sistema integral que afectan al ambiente, con el fin de lograr una adecuada calidad de vida, previniendo o mitigando los problemas ambientales y poder conseguir así; un equilibrio adecuado para el desarrollo económico, crecimiento de la población, uso racional de los recursos, protección y conservación del medio ambiente. Se incluye en este proceso el procedimiento de Residuos hospitalarios.
- Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario S.I.A.U, se clasifica dentro de estos procesos claves, porque éste brinda apoyo al paciente y su grupo familiar, facilitando el direccionamiento del usuario dentro de la Entidad y el sistema de seguridad social en salud, además realiza actividades encaminadas al fortalecimiento de procesos de información que facilitan la utilización de los diferentes servicios de salud por parte del usuario.

Finalmente, los procesos estratégicos de la ESE Suroriente queda como lo muestra el gráfico 4.

---

<sup>12</sup> Boix Salvador, La norma ISO 9000:2000, TIBIDADO Y LGAI Centro de certificación, GESTIÓN 2000, Madrid.

**Gráfico 4. Procesos Estratégicos.**



Los Procesos Misionales son los que nos ayudan a cumplir con la Misión de la Entidad generando valor agregado, lo cual en la ESE Suroriente es la prestación de servicios de salud de primer nivel a la comunidad del Suroriente del Cauca, por ende los procesos que consideremos a continuación son los que se cumplen especialmente en el área asistencial, los cuales son:

- Proceso Atención Ambulatoria, dado que la Entidad sólo tenía designada consulta médica y consulta odontológica, se quiso buscar un término que hiciera referencia a estas dos consultas como es la atención ambulatoria, la cual como su mismo nombre lo indica, es la atención que reciben los afiliados en los servicios de consultas médicas y odontológicas, exámenes o pruebas especiales y la recuperación de medicinas, donde se presta atención integral, física y afecciones de la cavidad oral.
- Proceso Apoyo Diagnóstico, el cual tienen como función principal el análisis de las diferentes muestras de tipo biológica de origen humano de la comunidad del Suroriente del Cauca, así como el servicio de imagenología como apoyo diagnóstico y terapéutico, por lo tanto dentro de este proceso están los procedimientos de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico.
- Proceso Atención de Urgencias, la atención en servicios de emergencia es una prioridad en la Entidad, donde el usuario necesita ser atendido inmediatamente, prestando el servicio solamente cuando se presenta de forma imprevisible, violenta o súbita y donde se pone en peligro inminente la vida o se altera grave o profundamente el estado de salud de una persona, lo cual exige atención médica o quirúrgica inmediata. Sin embargo, las urgencias se clasifican en urgencias

vitales y urgencias no vitales, por lo tanto estas dos clases son los procedimientos que forman parte del proceso de atención de urgencias.

- Proceso Promoción y Prevención de la Enfermedad, son todas aquellas acciones e intervenciones integrales orientadas a que la comunidad del Sur oriente del Cauca (niño, adolescente, mujer, hombre y adulto), mejoren sus condiciones para vivir, disfruten de una vida saludable, mejoren su bienestar y su calidad de vida con el propósito de identificar, intervenir tempranamente, reducir y evitar los riesgos y enfermedades que pueden dañar su salud para de esta forma mantenerse sanos. El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida más digna, feliz, placentera y productiva, por lo tanto dentro de este proceso se encuentran los procedimientos Intramural y Extramural, los cuales se dividieron así, porque estos programas se realizan tanto en la sede principal como en las veredas del municipio.
- Proceso Hospitalización, la atención hospitalaria es el servicio de internamiento al que acceden los afiliados de la sede. Todas las hospitalizaciones necesitan de autorizaciones cualquiera fuera su naturaleza, por lo tanto hace parte de este proceso, el procedimiento de hospitalización.
- Proceso Traslado Asistencial Básico, se define para dar continuidad a la atención integral del usuario y procurar conservar la vida y cumplir de esta manera con la Misión de la Entidad, por lo tanto el procedimiento se definió Traslado asistencial básico.
- Proceso de Servicios de Salud Pública, con su procedimiento de Plan de Intervenciones Colectivas, el cual es un conjunto de actividades, intervenciones y acciones de salud pública, mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los servicios ofrecidos a través de los planes establecidos por la Ley de Seguridad Social en Salud, además se realiza con participación social y se tienen en cuenta la capacidad efectiva del individuo y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan, en especial aquellas que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano, con base en los principios de Equidad, Solidaridad y Universalidad consagrados en la Constitución. La participación se da especialmente en la ejecución directa de programas y acciones contenidas en el Plan de intervenciones colectivas que es eminentemente intersectorial, tanto en su planeación como en su ejecución, siendo la comunidad su principal protagonista, buscando una amplia movilización social para ser activa y lograr los resultados esperados.

A continuación se presentan en el gráfico 5, los procesos misionales de la ESE Suroriente.

**Gráfico 5. Procesos Misionales.**



Los procesos de apoyo se constituyen en pilar fundamental para soportar los procesos estratégicos y operativos e incluye los siguientes procesos:

- Proceso Gestión del Talento Humano, mejorar la eficiencia de los servicios de salud depende de la calidad y disponibilidad de su talento humano para luego concentrarse en las ocupaciones específicas y las competencias que deben comprender, por lo tanto este proceso se clasificó como de apoyo debido a que tiene a cargo la selección y desarrollo de todo el personal que labora dentro de la Entidad como factor decisivo para provocar los cambios de los sistemas de salud acordes con las necesidades de la población. Pertenecen a este proceso los procedimientos de Selección y vinculación del personal; Evaluación del desempeño y Salud ocupacional.
- Proceso Gestión de Recursos Físicos, se sugiere que esté dentro de los procesos de apoyo por que son una herramienta clave para que se realicen las operaciones normales de la Entidad, donde su objetivo es abastecerla con todos los elementos necesarios (maquinaria, equipos, suministros e insumos) en condiciones de costo, calidad y oportunidad requeridos por la Entidad, para el desarrollo, implantación, mantenimiento y la mejora continua y por ende prestar servicios de calidad. Dentro de este proceso se encuentran los siguientes procedimientos: Adquisición y suministro, Almacenamiento y distribución y Administración de inventarios y activos físicos.
- Proceso Gestión de Instalaciones, es un proceso que tiene por objetivo adecuar, mantener y velar porque todas las instalaciones de la Entidad estén en óptimas condiciones para prestar un servicio de excelente calidad. Dentro de los procedimientos que hacen parte de este proceso están: Adecuación de estructura, Gestión de residuos hospitalarios y Mantenimiento preventivo y correctivo de planta física y equipos médicos y tecnológicos.

- Proceso Apoyo Logístico en Sedes, son importantes dentro de este grupo de procesos porque sirven de soporte para el desarrollo de los procesos operativos de la Entidad, porque sin ellos no se podría prestar un servicio adecuado a los usuarios, en el se encuentran los procedimientos de Vigilancia, Servicios generales, Conducción, Recepción de correspondencia, Envío de correspondencia y Entrega de medicamentos.

Finalmente, los procesos de apoyo de la Ese Suroriente se describen en el gráfico 6, la cual se representa a continuación.

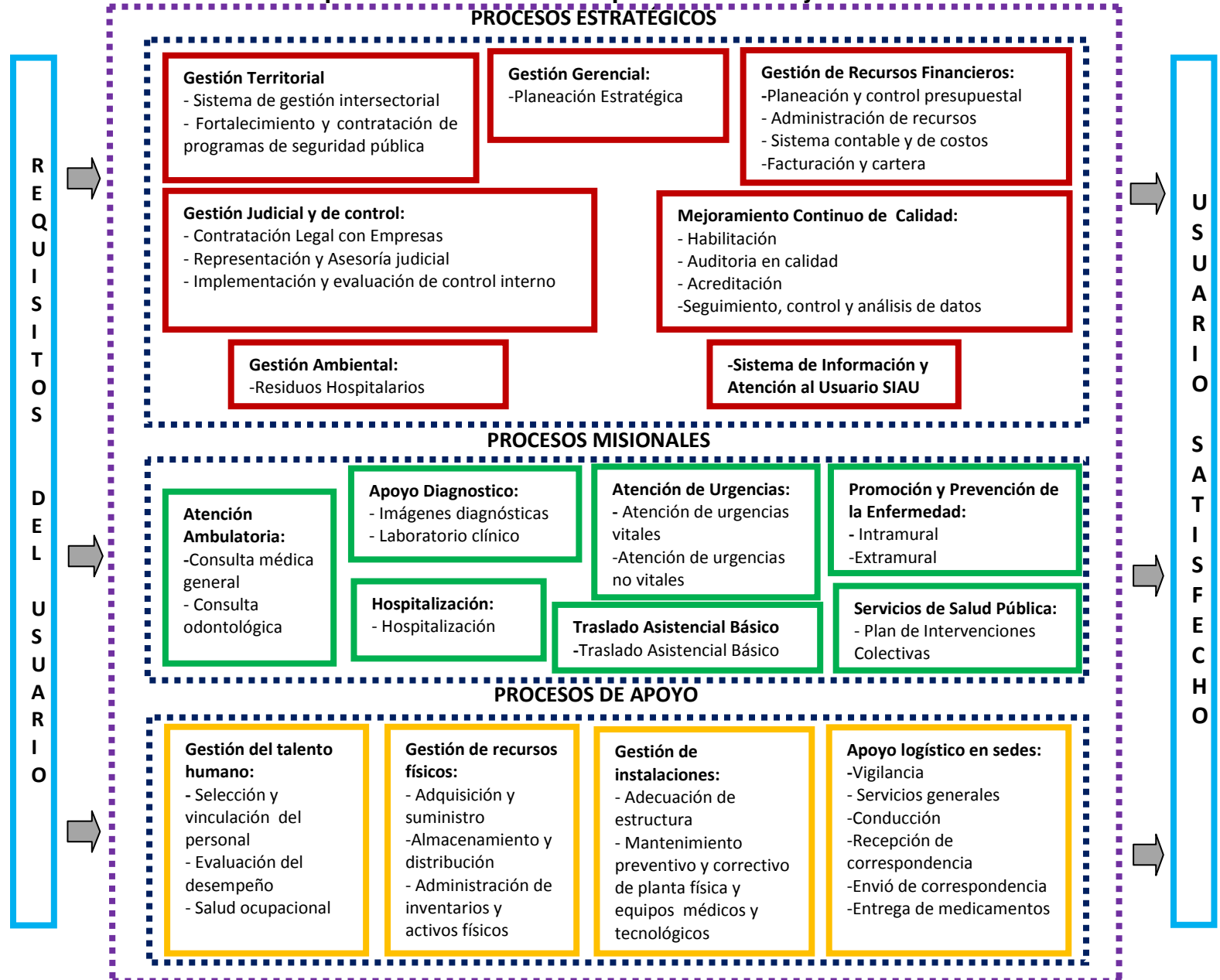
**Gráfico 6. Procesos de Apoyo.**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <p><b>Gestión del Talento Humano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección, Contratación y Vinculación del Personal</li> <li>- Evaluación del Desempeño</li> <li>- Salud Ocupacional</li> </ul> | <p><b>Gestión de Recursos Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquisición y Suministro</li> <li>-Almacenamiento y Distribución</li> <li>- Administración de Inventarios y Activos Físicos</li> </ul> | <p><b>Gestión de Instalaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuación de Estructura</li> <li>- Gestión de Residuos Hospitalarios</li> <li>- Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Planta Física y Equipos Médicos y Tecnológicos</li> </ul> | <p><b>Apoyo Logístico en Sedes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigilancia</li> <li>- Servicios Generales</li> <li>-Conducción</li> <li>-Recepción de Correspondencia</li> <li>-Envío de Correspondencia</li> <li>-Entrega de Medicamentos</li> </ul> |
|---|--|---|--|

#### **4.1.6 Documentación de los Procesos y Procedimientos en el Mapa de Procesos.**

Por último, para documentar la interrelación de los procesos en el mapa se recomienda que éste se represente de una manera agradable, legible, entendible y que pueda quedar en la mente de todos los funcionarios, dando un lugar importante al usuario final, como se presenta en el gráfico 7. Cabe aclarar que para la elaboración del Mapa de Procesos, se realizaron reuniones con el Jefe de Control Interno, para hacer los ajustes correspondientes, teniendo en cuenta además las entrevistas con los funcionarios, quedando de esta forma:

**Gráfico 7. Representación Gráfica Mapa de Procesos y Procedimientos.**



## 4.2 LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.

El levantamiento de la información de los procedimientos de las diferentes áreas, se realizó en la Sede Principal La Vega, para lo cual se programó como se observa en la siguiente tabla 15.

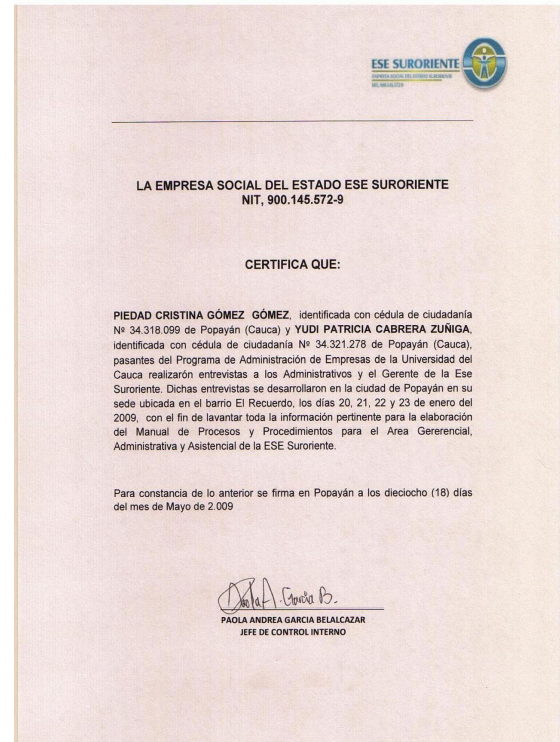
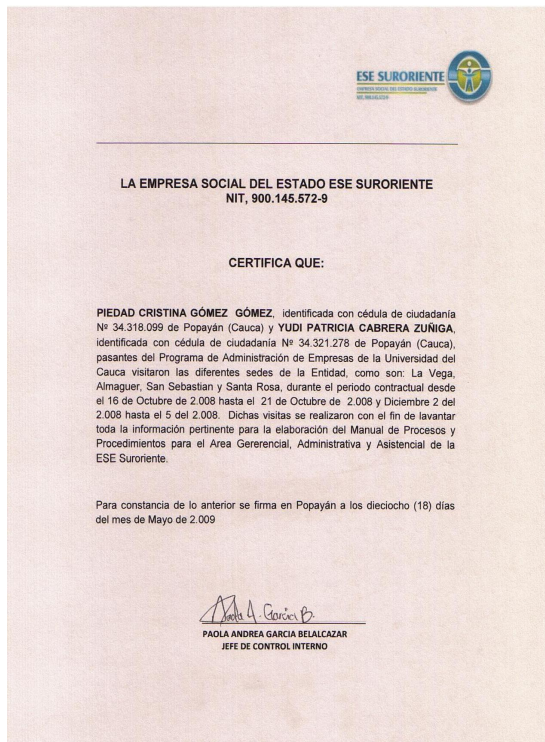
**Tabla 15. Cronograma de Fechas**

| FECHA                                    | SEDE    |
|--|---------|
| Octubre 16, 17, 18, 19, 20 y 21 del 2008 | La Vega |
| Diciembre 2,3 4 y 5 del 2008             | La Vega |

Para el área gerencial y administrativa se realizaron entrevistas con los Administrativos y el Gerente de la ESE Suroriente. Dichas entrevistas se realizan en la ciudad de Popayán en su sede las Margaritas, los días 20, 21, 22 y 23 de enero del 2009.

Las visitas mencionadas anteriormente se pueden constatar en las siguientes constancias, firmadas por la Jefe de Control Interno de la Entidad.

### 4.2.1 Certificaciones de Levantamiento de la Información de los Procedimientos en la Sede La Vega.





### 4.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.

La descripción de los procedimientos se elabora teniendo en cuenta las entrevistas con cada uno de los funcionarios de Entidad de la Sede Principal La Vega, así:

Primero se diligencia el siguiente formato de levantamiento de la información, especificado en la tabla 16.

**Tabla 16. Formato levantamiento de información para la Descripción de los Procedimientos.**

**Área:**  
**Dependencia:**  
**Procedimiento:**

| <b>Paso</b> | <b>Descripción</b> | <b>Responsable</b> |
|-------------|--------------------|--------------------|
|             |                    |                    |

- **Área:** se detalla el área de actividad, departamentos que están directamente relacionadas con el procedimiento para cumplir con las funciones básicas que realiza la Entidad, a fin de lograr sus objetivos. Dichas áreas comprenden actividades, funciones y labores homogéneas.
- **Dependencia:** Se describe la oficina o divisiones que dependen de otra principal.
- **Procedimiento:** Se identifica lo que se hace dentro de la Entidad.
- **Paso:** Se define el cauce formal de una serie de pasos con los cuales se concretan las actividades para la realización del procedimiento.
- **Descripción:** Se detalla cada uno de los pasos que se tienen que llevar a cabo para la realización del procedimiento.
- **Responsable:** Se especifica las personas, puestos o unidades que intervienen en el procedimiento, precisando su responsabilidad y participación.

#### 4.3.1 Descripción del Procedimiento de Consulta Médica General.

Para dar un ejemplo de cómo se desarrolló la caracterización de los procedimientos, se tomo el Proceso de Atención Ambulatoria y su Procedimiento de Consulta Médica General, descrito en la tabla 17.

**Tabla 17. Descripción del Procedimiento de Consulta Médica General**

**Área:** Asistencial

**Dependencia:** Medicina General

**Procedimiento:** Consulta Médica General

| <b>Paso</b>  | <b>Descripción</b>   | <b>Responsable</b>                   |
|--|--|--------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de documentos de identificación.</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Se solicita el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>Comparación del documento de identificación del usuario con el carnet.</li> </ol>  | Personal de Archivo.                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura de Historia Clínica</li> </ul>               | <ol style="list-style-type: none"> <li>Búsqueda de Historia Clínica.</li> <li>Traslado de Historia Clínica del usuario al consultorio de pre consulta.</li> </ol>  | Personal de Archivo.                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificación de derechos.</li> </ul>                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitud e Ingreso del número de identificación al sistema.</li> <li>Verificar derechos del usuario, con tipo de afiliación según contratos establecidos con la Entidad aseguradora.</li> </ol>  | Personal de Verificación de derechos |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Pre consulta.</li> </ul>                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>Llamado del usuario por su nombre.</li> <li>Indagar al usuario sobre el motivo de consulta y describirlo en la hoja de evolución de la Historia Clínica el motivo de consulta del usuario.</li> <li>Toma de signos vitales al usuario y registro de estos en la Historia Clínica.</li> <li>Orientación al usuario para trasladarse al consultorio de consulta externa.</li> <li>Traslado de Historia Clínica al consultorio del meéxico profesional que va a realizar la consulta.</li> </ol> | Auxiliar de Enfermería               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de la consulta médica</li> </ul>          | <ol style="list-style-type: none"> <li>Llamado al usuario al consultorio méxico.</li> <li>Preguntar la causa que origina la consulta y escribirlo en la Historia Clínica.</li> <li>Indagar por la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares y registrarlo en la Historia Clínica.</li> </ol>   | México ESE Surorienté                |

(Continuación) Tabla 17. Descripción del Procedimiento de Consulta Médica General

Área: Asistencial

Dependencia: Medicina General

Procedimiento: Consulta Médica General

| Paso   | Descripción   | Responsable                |
|--|---|----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Realización de la consulta médica.</li></ul> | 15. Realización del examen físico y registro en la Historia Clínica de lo que se encontró.<br>16. Con base en los hallazgos encontrados anteriormente se prescribe y explica el tratamiento al usuario.<br>17. Realizar examen de laboratorio clínico si en necesario, hacer la orden.<br>18. Si no es necesario realizar examen de laboratorio clínico continuar con el paso 19.<br>19. Diligenciamiento de la Historia Clínica y los RIPS.<br>20. Archivar Historia Clínica y Enviar RIPS al área de facturación. | Médico ESE Surorienté.     |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Facturación de la consulta.</li></ul>        | 21. Se factura la consulta y se cobra cuando el usuario es independiente y se imprime la factura.   | Facturador ESE Surorienté. |

## **4.4 ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS.**

El análisis de procedimientos consiste en el registro, análisis y crítica sistemática de las formas de hacer las cosas, para llegar al desarrollo y aplicación de procedimientos más eficientes. Por consiguiente, para conocerlos y analizarlos, se utilizó la técnica conocida como las 5W+2H", la cual consiste en desglosar cada una de las operaciones del procedimiento, es decir preguntando el ¿What?/Qué; ¿Why?/Por qué; ¿Where?/Dónde; ¿Who?/Quién; ¿When?/Cuándo; ¿How?/Cómo y ¿How many?/Cuántos. La técnica anteriormente mencionada se le aplicó a cada uno de los procedimientos estratégicos, misionales y de apoyo definidos por la Entidad. Para complementar el análisis de los procedimientos se tuvieron en cuenta otras consideraciones, como, reclamos de los clientes y el cumplimiento de los procedimientos con la Misión de la Entidad. Para seguir con el ejemplo anterior, y desarrollar la técnica se escogió el procedimiento Misional de Consulta Médica General, el cual se analizó de la siguiente manera:

### **4.4.1 Reclamos de los Clientes.**

Los reclamos de los clientes por medio del SIAU (Sistema de información y atención al usuario), para lo cual se analizan los datos depositados en el formato que utiliza la Entidad.

En el procedimiento de consulta médica general, se puede notar que los reclamos mas considerables por los usuarios es el hecho de que algunas veces no aparecen registrados en la base de datos, con lo cual no se puede prestar el servicio, excepto en una urgencia, obligando a los usuarios a realizar una serie de trámites para aparecer activo y tener derecho a los servicios que la sede ofrece.

### **4.4.2 Misión de la Entidad.**

La Misión de la Entidad está enfocada en satisfacer las necesidades de salud de primer nivel y contribuir en mejorar el estado de salud de la comunidad, a través de la prestación de servicios de salud, por lo tanto el procedimiento de Consulta Médica General es de vital importancia para cumplir con esta Misión, convirtiéndolo en uno de los procedimientos del área asistencial más importante con el que la Entidad se puede identificar para prestar un servicio eficiente.

### **4.4.3 Análisis de Actividades**

Las actividades se analizaron por medio de un formulario, enfocado en diferentes preguntas para ser resueltas, como se presenta en la tabla 18.

**Tabla 18. Formulario para el Análisis de Actividades**

|                      | DIAGNÓSTICO | ALTERNATIVAS |
|----------------------|-------------|--------------|
| ¿QUÉ? (WHAT)         |             |              |
| ¿POR QUÉ? (WHY)      |             |              |
| ¿DÓNDE? (WHERE)      |             |              |
| ¿QUIÉN? (WHO)        |             |              |
| ¿CUÁNDO? (WHEN)      |             |              |
| ¿CÓMO? (HOW)         |             |              |
| ¿CUÁNTOS? (HOW MANY) |             |              |

#### **4.4.4 Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General.**

A continuación se presenta la tabla 19, con el análisis del procedimiento de Consulta Médica General, teniendo en cuenta el formulario anterior.

**Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General**

| ¿QUÉ? (What)   | DIAGNÓSTICO  | ALTERNATIVAS  |
|--|--|---|
| <p>➤ ¿Qué se hace?</p>                                       | <p>Con la solicitud de documentos de identificación y apertura de la Historia Clínica del usuario, se obtiene la información personal del mismo para lograr el completo diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica, conforme en lo establecido por la entidad y la norma; con la verificación de derechos se revisa si el usuario tiene acceso al servicio solicitado; con la pre consulta se quiere dar paso a la consulta médica, consignar en la Historia Clínica datos necesarios para que así el médico dirija la atención, además sirve de filtro para que se realicen los procedimientos de promoción y prevención; con la realización de la consulta médica se quiere satisfacer la demanda del usuario, definiendo si presenta alguna enfermedad grave, el riesgo inherente que tiene de adquirirlas, para posteriormente orientar la enfermedad por medio de un tratamiento. Lo que quiere decir que sí se está haciendo lo correcto y con la facturación de la consulta médica programada, se tiene un soporte de la atención generada en la fecha establecida</p> | <p>Se podría llevar un orden en el archivo de las Historias Clínicas, clasificándolas por medio de su número de identificación de carnet con el fin de agilizar la búsqueda de las mismas.</p> <p>El paso de facturación se podría realizar una vez se soliciten los documentos</p> |
| <p>➤ ¿Actualmente lo que se hace es realmente necesario?</p> | <p>Los pasos que se hacen para la realización del procedimiento son necesarios, debido a que desde la solicitud de los documentos hasta el desarrollo y finalización de la consulta médica, se está realizando un procedimiento misional que tiene la Entidad y a la que cualquier ser humano tiene derecho, como es la conservación integral tanto física como psicológica de toda persona.</p>   | <p>En el paso de pre consulta se podría omitir la pregunta del motivo de consulta</p>   |
| <p>➤ ¿Podría eliminarse o añadir algún paso?</p>             | <p>Con la entrega de los documentos de identificación del usuario se identificará su Historia Clínica, para iniciar todo el procedimiento; por medio de la verificación de derechos se constata si el usuario está activo en el software teniendo en cuenta los</p>  | <p>Cabe aclarar que el añadir o eliminar un paso en este caso depende más que</p>   |

**(Continuación) Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General**

| ¿POR QUÉ? (Why)                                  | DIAGNÓSTICO  | ALTERNATIVAS  |
|--|--|---|
| <p>➤ ¿Podría eliminarse o añadir algún paso?</p> | <p>contratos que se han establecido con las diferentes entidades aseguradoras; de igual forma con la facturación se estaría cumpliendo con un soporte de las actividades médicas asistenciales realizadas, lo cual es algo que la Ley exige; con la pre consulta se pregunta el motivo de consulta del usuario, lo cual se podría omitir, toman algunos datos como son los signos vitales, para luego registrarlos y trasladarlos en la Historia Clínica al consultorio médico, lo cual ayuda a continuar con el procedimiento y contribuye al siguiente paso que es el de la atención médica, el cual con base en los protocolos de la Entidad, se da una atención oportuna al usuario, donde se detalla la enfermedad y se da la explicación del tratamiento que se debe seguir, donde el usuario debe quedar totalmente satisfecho con la atención.</p> | <p>todo, de los instrumentos de trabajo, donde la tecnología podría jugar un papel muy importante logrando que se mejore la forma de prestar el servicio, con lo cual se obtendría un procedimiento más eficaz y más ágil, donde se podría ahorrar tiempo y evitarse muchos inconvenientes. Otro factor que influye es la falta de más personal para la ejecución de los procedimientos, dado que con los profesionales que se tiene actualmente no se dan abasto, como es el caso de los médicos, los cuales tienen que doblarse para realizar dos turnos, el de medicina general y el de urgencias.</p> <p>Se podría eliminar en el paso de pre consulta, la actividad de motivo de consulta, debido a que ésta es conveniente que la haga el médico.</p> |
| ¿DÓNDE? (Where)                                  | DIAGNÓSTICO  | ALTERNATIVAS  |
| <p>➤ ¿Dónde se realiza?</p>                      | <p>Los diferentes pasos se realizan en el área de facturación/archivo, consultorio de pre consulta y consultorio médico. Los lugares por lo tanto, si son los más óptimos para la realización del procedimiento, sin embargo se puede observar que en los días viernes y sábado es donde se ve más conglomeración de pacientes, sin tener</p>  | <p>Se debería colocar el área de facturación y archivo en un lugar más apropiado, para que las personas no tengan que desplazarse de área a área, debido a que en la sede La Vega se encuentra ubicada en un lugar poco visible y sin espacio, llegando casi al</p>   |

**(Continuación) Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General**

| ¿DÓNDE? (Where)                                 | DIAGNÓSTICO   | ALTERNATIVAS  |
|---|---|---|
| ➤ ¿Dónde se realiza?                            | muchas vías de acceso para transitar, lo cual hace que el procedimiento se retrase en el traslado de área a área.   | área de Hospitalización, cuando debería estar a la entrada de la Entidad.   |
| ➤ ¿Podría realizarse en otro sitio?             | Los sitios en los cuales se realizan los procedimientos son los más óptimos, sin embargo se podría dar una mejor distribución del espacio para agilidad en el desarrollo del procedimiento, donde el área de facturación debe estar en la entrada de las instalaciones.   | Realizar una mejor distribución de los espacios con el objetivo de que los usuarios hagan sus respectivas filas.                      |
| ¿QUIÉN? (Who)                                   | DIAGNÓSTICO   | ALTERNATIVAS  |
| ➤ ¿Quién es el responsable de realizarlo?       | Los responsables de realizar el procedimiento de consulta médica son el facturador, archivador, auxiliar de enfermería y el médico.   | Incluir más personal médico a la Entidad, debido a que ellos tienen que atender urgencias y hacer el turno de médico al mismo tiempo. |
| ➤ ¿La persona es la más óptima para realizarlo? | Las personas que intervienen en el procedimiento, son las mas idóneas para realizar los diferentes pasos, ya que tienen las capacidades competentes para prestar este servicio a la comunidad , debido a que cuentan con una profesión que tiene como objeto estas funciones. Se podría mejorar como lo mencionamos anteriormente, en el número de profesionales con los que cuenta la Entidad, para realizar los diferentes procedimientos que se presentan como apoyo y en beneficio del cliente. | Incluir más personal idóneo a la Entidad.   |



(Continuación) Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General

| ¿CUÁNDO? (When)   | DIAGNOSTICO   | ALTERNATIVAS   |
|---|---|--|
| <p>➤ ¿Cuándo se realiza?</p>  | <p>El procedimiento inicia en el momento en que el usuario llega a la Entidad a solicitar el servicio, luego se entregan los documentos de identificación. La verificación de derechos se realiza después de revisar si el usuario está activo en la base de datos, para continuar con la búsqueda y traslado de la Historia Clínica, una vez se haya facturado la consulta. La pre consulta se realiza después de tener la Historia Clínica del usuario en el consultorio. La realización de la consulta médica, se efectúa una vez la hoja de evolución, el motivo de consulta y los signos vitales estén consignados en la Historia Clínica y una vez el usuario es llamado por el médico. Finalmente, el procedimiento termina, luego de que el paciente haya recibido la atención médica solicitada.</p> | <p>Se debe omitir la pregunta de motivo de consulta en el paso de pre consulta, debido a que la persona más indicada para realizarla es el médico.</p> |
| <p>➤ ¿Se podría hacer en otro momento o éste es el más adecuado para hacerlo?</p> | <p>En casi todo el desarrollo de los pasos es el mejor momento para hacerlos, sin embargo en el paso de pre consulta el motivo de consulta debería ser preguntado por el médico, ya que es éste el más idóneo y el encargado directo de realizarlo.</p>   | <p>Realizar el motivo de consulta en el momento del desarrollo de la consulta médica.</p>  |
| ¿CÓMO? (How)  | DIAGNÓSTICO   | ALTERNATIVAS   |
| <p>➤ ¿Cómo se hace?</p>   | <p>La solicitud de los documentos de identificación (el carnet y su documento de identificación), se realiza con la entrega de parte del usuario al personal de facturación, para que comparen estos documentos. La verificación de derechos se realiza por medio del sistema en el software, donde se digita la identificación del usuario y se verifica el tipo de afiliación del usuario, los derechos según contratos establecidos con la Entidades aseguradoras y si está activo en la base de datos. La apertura (búsqueda y traslado) de la Historia Clínica se realiza con los</p>  | <p>Se podría incluir más tecnología para evitar el paso de comparación de los documentos y evitarse además el inconveniente de olvido</p>              |

(Continuación) Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General

| ¿CÓMO? ( How)   | DIAGNÓSTICO   | ALTERNATIVAS  |
|---|---|---|
| <p>➤ ¿Cómo se hace?</p>   | <p>datos de identificación que se entregan a la persona de archivo encargada de la búsqueda de las Historia Clínica para la atención en consulta médica programada, luego se procede a trasladar la Historia Clínica al área de pre consulta. La facturación de la consulta médica se realiza una vez se encuentre la Historia Clínica del usuario. La pre consulta se realiza con el llamado del usuario para invitarlo a seguir al consultorio, aquí se debe tener la descripción en la Historia Clínica del motivo de la consulta, la toma y registro de signos vitales para posteriormente trasladar la Historia Clínica al consultorio médico del profesional que va a desarrollar la consulta y por último en la consulta médica, se prescribe el tratamiento y ordenes médicas, tomando como base los hallazgos encontrados luego de analizar el motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes familiares y personales, revisión por sistemas, examen médico y con base en los protocolos definidos por la organización.</p> | <p>de documentos.</p> <p>Chequear las Historias Clínicas, verificando que los documentos y registros estén completos, que las órdenes médicas correspondan a los registros en la hoja de medicamentos, que estén totalmente diligenciados los ítems de cada instrumento de la Historia Clínica.</p> |
| <p>➤ ¿Es la secuencia mas óptima o se podría hacer de otra forma?</p> | <p>La secuencia de los pasos para desarrollar el procedimiento es la más óptima, sin embargo los pasos se pueden mejorar en la medida en que la tecnología lo permita, por otra parte se podrían dar fichas para que las personas no se aglutinen o haya inconvenientes.</p>  | <p>Entrega de fichas a los usuarios para evitar el desorden generalizado que realiza el usuario al solicitar el servicio médico, como mecanismo de control.</p> <p>El paso de facturación se traslada al inicio del procedimiento.</p>  |

**(Continuación) Tabla 19. Análisis del Procedimiento de Consulta Médica General**

| ¿CÓMO? ( How)  | DIAGNÓSTICO  | ALTERNATIVAS  |
|--|--|---|
| ➤ ¿Los formatos son los mas aptos para realizar la actividad?                      | Los formatos que se utilizan para realizar las actividades del procedimiento son la hoja de evolución y las órdenes médicas, los cuales sí son los más óptimos por que sí cuentan con los datos que se deben considerar en cada consulta médica.                     |   |
| ➤ ¿Los documentos solicitados son los más adecuados para realizar las actividades? | Los documentos solicitados son suficientes para la realización de la actividad, debido a que si se pidieran más sería contraproducente para el usuario, si tenemos en cuenta que los usuarios de la Entidad son campesinos o habitantes de veredas y corregimientos. | Si se tuviera acceso a más tecnología, se podría omitir el paso de solicitud de Cédulas o tarjetas de identidad, ya que existe en el mercado tecnología para estos casos. |
| ➤ ¿Los instrumentos o implementos son óptimos?                                     | Se cuenta con los implementos necesarios, sin embargo hacen falta en mayor cantidad debido a que hay momentos en los cuales se agotan.   | Realizar un plan de compras con más exactitud.  |
| ¿CUÁNTOS? (HOW MANY)   | DIAGNÓSTICO  | ALTERNATIVAS  |
| ➤ ¿Cuánto dinero implica?  | Actualmente no se tiene establecido el costo para el procedimiento en un mes.  | Plantear este costo en los procedimientos de gestión financiera.  |

#### 4.4.5 Resumen de Simplificación del Procedimiento de Consulta Médica General.

**Tabla 20. Cuadro Resumen de Simplificación**

Proceso: Misional

Área: Asistencial

Nombre del Procedimiento: Consulta Médica General

| Descripción              | Actual | Propuesta | Simplificación | %   |
|--------------------------|--------|-----------|----------------|-----|
| Cantidad de Pasos        | 21     | 20        | 1              | 5%  |
| No. Cargos               | 5      | 4         | 1              | 10% |
| No. Formatos             | 1      | 1         |                |     |
| No. Registros de Control | 2      | 2         |                |     |

##### Traslado de Pasos:

- El paso No. 21 de facturación de la consulta se traslada al paso No. 5, porque es conveniente que se tenga más control sobre la facturación y que se haga al principio del procedimiento y no al final debido a que el usuario se puede ir de la Entidad sin facturar.
- El paso No. 5 de ingreso del número de identificación del usuario al software, se traslada al paso No.3, porque éste se puede hacer al comienzo del procedimiento.
- La verificación de derechos del usuario que está en el paso No. 6 se traslada al paso No. 3, porque antes de realizar la apertura de la Historia Clínica, es necesario verificar los derechos del usuario, para poder continuar con el procedimiento.
- El paso No.3, de búsqueda de Historia Clínica se traslada al paso No. 6, porque una vez verificados los derechos del usuario se procede a la búsqueda de la Historia Clínica y no al contrario.
- El paso No.4, de traslado de Historia Clínica al consultorio de pre consulta se traslada al paso No.7.

##### Eliminación de Pasos:

- Se elimina el paso No. 8, porque este paso es responsabilidad del médico en el paso No. 14, debido a que él es la persona más idónea y capacitada para realizarlo.

#### 4.5 MEJORAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS.

El mejoramiento de los procedimientos es el estudio sistemático de las actividades y los flujos de cada uno de ellos a fin de mejorarlos<sup>13</sup>. Por lo tanto, después de aplicarle el análisis a todos los procedimientos de la sede, las técnicas utilizadas

<sup>13</sup> Los Manuales de Procedimientos. Martínez Bermúdez Rigoberto. 2ª Edición. 1997

para realizar las mejoras a los procedimientos enfocados en la calidad, son la observación sistemática y el registro de los detalles del procedimiento, esto con el objetivo de permitir una mejor comprensión del mismo. Entonces es necesario resaltar las tareas que se deben aumentar o especificar o indicar los puntos donde la productividad podría mejorar en alguna otra forma.

A continuación se presentan las tablas 21, 22 y 23 con los diferentes cuadros de resumen, donde se muestra el número de procedimientos por cada área antes y después. Cabe aclarar que se aumentaron dichos procedimientos, teniendo en cuenta el diagnóstico del plan de gestión, donde se especificaba que no estaban definidos ni documentados muchos de los procedimientos que se realizaban en la Entidad, lo anterior con el objetivo de dar más claridad en su realización y por petición de los altos directivos, los cuales pretenden una mayor eficiencia en la operatividad de sus procedimientos.

**Tabla 21. Cuadro de Avance, Análisis y Mejora de los Procedimientos del Área Gerencial.**

| Procedimientos   |   |
|--|---|
| PROCEDIMIENTOS ANTES   | PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de convenios</li> <li>• Manejo presupuestal</li> <li>• Manejo de tesorería.</li> <li>• Contabilidad.</li> <li>• Facturación.</li> <li>• Asesoría Judicial y de control.</li> <li>• Gestión Hospitalaria</li> <li>• Sistema de Información y Atención al Usuario.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Gestión Intersectorial.</li> <li>• Fortalecimiento y contratación de programas de Seguridad Pública.</li> <li>• Planeación Estratégica.</li> <li>• Planeación y Control Presupuestal.</li> <li>• Administración de Recursos.</li> <li>• Sistema Contable y de Costos.</li> <li>• Facturación y Cartera.</li> <li>• Contratación Legal con Empresas.</li> <li>• Representación y Asesoría Judicial.</li> <li>• Implementación y Evaluación de Control Interno.</li> <li>• Habilitación.</li> <li>• Auditoría de Calidad.</li> <li>• Acreditación.</li> <li>• Seguimiento, Control y Análisis de Datos.</li> <li>• Residuos Hospitalarios</li> <li>• Sistema de Información y Atención al Usuario.</li> </ul> |
| <b>TOTAL PROCEDIMIENTOS</b>  |   |
| 8 Procedimientos   | 16 Procedimientos   |

**Tabla 22. Cuadro De Avance, Análisis y Mejora de los Procedimientos del Área Administrativa**

| Procedimientos   |   |
|--|---|
| PROCEDIMIENTOS ANTES   | PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación de Personal.</li> <li>• Cumplimiento de Funciones Asistenciales y Metas.</li> <li>• Compra de Bienes y Servicios Diariamente.</li> <li>• Manejo de Almacén e Inventarios</li> <li>• Rutina Mantenimiento de Equipos Médicos.</li> <li>• Vigilancia.</li> <li>• Servicios de Aseo.</li> <li>• Conducción.</li> <li>• Mensajería.</li> <li>• Entrega de Medicamentos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección y Vinculación del Personal.</li> <li>• Evaluación del Desempeño.</li> <li>• Salud Ocupacional.</li> <li>• Adquisición y Suministro.</li> <li>• Almacenamiento y Distribución.</li> <li>• Administración de Inventarios y Activos Físicos.</li> <li>• Adecuación de Estructura.</li> <li>• Mantenimiento Correctivo y Preventivo de Planta Física y Equipos Médicos y Tecnológicos.</li> <li>• Vigilancia</li> <li>• Servicios Generales.</li> <li>• Conducción.</li> <li>• Recepción de Correspondencia.</li> <li>• Envío de Correspondencia.</li> <li>• Entrega de Medicamentos.</li> </ul> |
| <b>TOTAL PROCEDIMIENTOS</b>  |   |
| 10 Procedimientos  | 14 Procedimientos   |

**Tabla 23. Cuadro de Avance, Análisis y Mejora de los Procedimientos del Área Asistencial**

| PROCEDIMIENTOS ANTES  | PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Médica.</li> <li>• Consulta Odontológica.</li> <li>• Imágenes Diagnósticas.</li> <li>• Laboratorio Clínico.</li> <li>• Atención de Urgencias.</li> <li>• Promoción y Prevención.</li> <li>• Hospitalización.</li> <li>• Traslado Asistencial Básico.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Médica General.</li> <li>• Consulta Odontológica.</li> <li>• Imágenes Diagnósticas.</li> <li>• Laboratorio Clínico.</li> <li>• Atención de Urgencias Vitales.</li> <li>• Atención de Urgencias No Vitales.</li> <li>• Promoción y Prevención Intramural</li> <li>• Promoción y Prevención Extramural.</li> <li>• Hospitalización.</li> <li>• Traslado Asistencial Básico</li> <li>• Plan de Atención Básica.</li> </ul> |
| <b>TOTAL PROCEDIMIENTOS</b>   |   |
| 8 Procedimientos  | 11 Procedimientos   |

#### 4.5.1 Mejoras de los Procedimientos Establecidos por la Sede.

Las mejoras a los procedimientos que la sede tenía definidos se enfocaron en su redacción, a continuación se muestra el proceso de apoyo de Gestión de recursos Físicos y su Procedimiento de Adquisición y Suministro, el cual la sede lo tenía definido como compra de un bien y servicio. La forma como estaba antes descrita y su gráfica, se muestran en la tabla 24 y la propuesta se describen en la tabla 25.

**Tabla 24. Procedimiento de Compra de un Bien o Servicio**

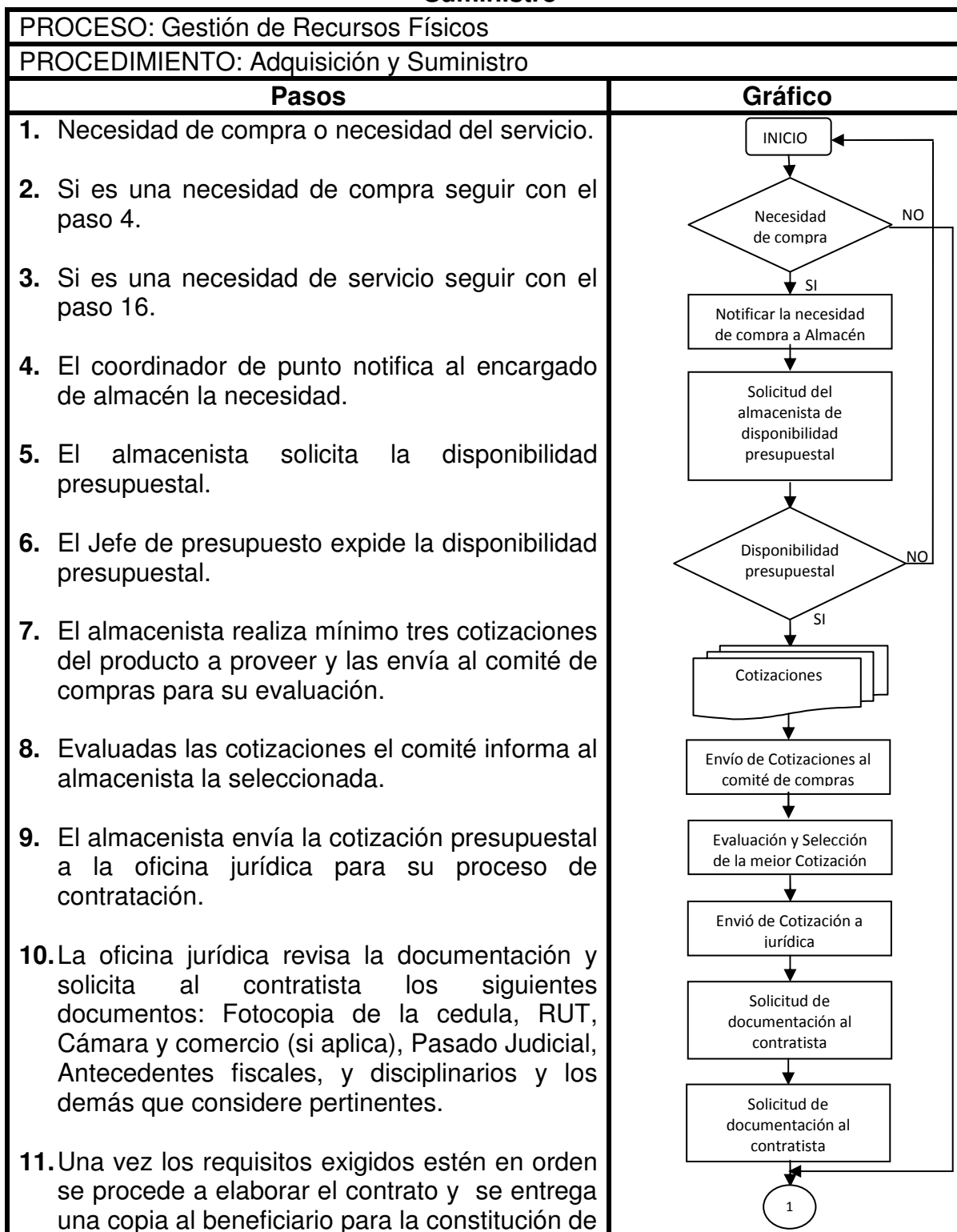
| Pasos   | Grafico  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necesidad de compra o adquisición de un servicio diariamente.</li> <li>2. Se manda la solicitud de la necesidad de un bien o servicio al Coordinador Administrativo.</li> <li>3. Se analiza la necesidad de la compra del bien o la adquisición del servicio.</li> <li>4. Se autoriza la compra o adquisición del servicio.</li> <li>5. Envío de autorización al área financiera.</li> <li>6. Bien o servicio en la Entidad.</li> <li>7. Se ingresa por medio de la factura al inventario.</li> </ol> | <pre> graph TD     INICIO([INICIO]) --&gt; Solicitud[Solicitud de la necesidad]     Solicitud --&gt; Recibe[Coordinador Administrativo recibe solicitud]     Recibe --&gt; Analiza[Coordinador Administrativo analiza solicitud]     Analiza --&gt; Autoriza{Autoriza}     Autoriza -- SI --&gt; Envio[Envío de autorización a financiera]     Envio --&gt; Compra[Compra del bien o adquisición del servicio]     Compra --&gt; Ingreso[Ingreso por factura al inventario]     Ingreso --&gt; FIN([FIN])     Autoriza -- NO --&gt; FIN     </pre> |

## ALTERNATIVAS DE MEJORAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

- 5 En primer lugar se debe realizar un plan de compras, para que no se tenga que trabajar con las necesidades que se presenten día a día.
- 6 Debido a que la compra de un bien difiere en algunas actividades de la de adquisición de servicios, se debe separar.
- 7 Se recomienda formar un comité de compras, encargado de este procedimiento.
- 8 Se deben realizar en ese plan de compras unas existencias adicionales, para que en caso de agotamiento de un bien o servicio no tener mayores inconvenientes.
- 9 Se deben realizar contrataciones con proveedores exigiendo la debida documentación que exige la Ley, como son, pasado judicial, antecedentes, RUT, entre otros, lo cual debe ser responsabilidad del Profesional Universitario encargado de la parte legal en la Entidad.
- 10 Las autorizaciones deben ser revisadas y aprobadas por el gerente, quien es la persona encargada de la toma de decisiones en la Entidad y tendrá autoridad administrativa sobre la red de servicios públicos de primer nivel y será su referente organizacional.
- 11 Se debe realizar una planeación de insumos de consumo y servicios requeridos para no tener el problema del agotamiento de recursos físicos o la necesidad de un servicio, ya que esto puede traer serios problemas para el desempeño diario de la Entidad.
- 12 Se deben realizar y analizar como mínimo tres (3) cotizaciones de empresas proveedoras del producto o servicio que garanticen y brinde a la Entidad calidad y costos en sus productos o servicios.



**Tabla 25. Propuesta de Mejoramiento Procedimiento de Adquisición y Suministro**



**(Continuación) Tabla 25. Propuesta de Mejoramiento Procedimiento de Adquisición y Suministro**

| PROCESO: Gestión de Recursos Físicos   |  |
|--|--|
| PROCEDIMIENTO: Adquisición y Suministro  |  |
| Pasos  | Gráfico  |
| <p>La póliza (Si el contrato es inferior a la suma de 1.700.000 no se requiere póliza).</p> <p><b>12.</b> Una vez constituida la póliza y recepcionada en la oficina jurídica se expide la resolución de aprobación.</p> <p><b>13.</b> La documentación es transferida al almacén, donde se anexa el formato de entrada de elementos a almacén y la factura.</p> <p><b>14.</b> Una vez el almacenista certifica el recibo de los bienes a satisfacción, realizando el control de calidad al momento de la entrega de bienes para verificar el cumplimiento de las especificaciones requeridas, transfiere la cuenta a la oficina financiera para su registro presupuestal y elaboración del pago.</p> <p><b>15.</b> Una copia de la cuenta queda en el archivo de tesorería junto con el comprobante de pago y la factura original, los demás documentos originales se envían nuevamente a la oficina jurídica para su archivo.</p> <p><b>16.</b> El coordinador de punto define servicio a contratar.</p> <p><b>17.</b> El coordinador de punto notifica al coordinador administrativo la necesidad del servicio.</p> <p><b>18.</b> El coordinador administrativo una vez sea autorizado por el gerente, solicita la disponibilidad presupuestal.</p> | <pre> graph TD     Start((1)) --&gt; A[Recepción de Documentos completos]     A --&gt; B[Documentos]     B --&gt; C[Elaboración de contrato, póliza y resolución de aprobación]     C --&gt; D[Contrato, póliza y resolución de aprobación]     D --&gt; E[Elaboración de factura y formato de entrada a almacén]     E --&gt; F[Formato de entrada y factura]     F --&gt; G[Envío de documentación a almacén]     G --&gt; H[Recepción de bienes en almacén]     H --&gt; I[/Archivo/]     I --&gt; J[Necesidad de servicio]     J --&gt; End((2))     J --&gt; A     </pre> |

**(Continuación) Tabla 25. Propuesta de Mejoramiento Procedimiento de Adquisición y Suministro**

| PROCESO: Gestión de Recursos Físicos  |  |
|---|--|
| PROCEDIMIENTO: Adquisición y Suministro   |  |
| Pasos   | Gráfico  |
| <p><b>19.</b> El Jefe de presupuesto expide la disponibilidad presupuestal.</p> <p><b>20.</b> Se envía la disponibilidad presupuestal a la oficina jurídica, para que se haga la invitación pública, para la presentación de propuestas.</p> <p><b>21.</b> Convocar a empresas proveedoras con especificaciones técnicas, económicas y condiciones comerciales óptimas para la Entidad.</p> <p><b>22.</b> Recibir propuestas, para su evaluación.</p> <p><b>23.</b> Evaluadas las propuestas por parte del gerente, se informa a la oficina jurídica sobre la seleccionada.</p> <p><b>24.</b> La oficina jurídica revisa la documentación y solicita al contratista los siguientes documentos: Fotocopia de la cedula, RUT, Cámara y comercio (si aplica), Pasado Judicial, Antecedentes fiscales, y disciplinarios, Aportes a seguridad social y los demás que considere pertinentes.</p> <p><b>25.</b> Con el lleno de estos requisitos se elabora el contrato y entrega una copia al beneficiario para la constitución de la póliza. (Si el contrato es inferior a la suma de 1.700.000 no se requiere póliza).</p> <p><b>26.</b> Una vez constituída la póliza y recepcionada en la oficina jurídica se expide la resolución de aprobación de ésta, y se elabora el acta de inicio.</p> | <pre> graph TD     2((2)) --&gt; A[Solicitud de disponibilidad presupuestal]     A --&gt; B[Disponibilidad Presupuestal]     B --&gt; C[Envío de Disponibilidad Presupuestal a Jurídica]     C --&gt; D[Convocatoria Empresas Proveedoras]     D --&gt; E[Recibir, evaluar y seleccionar Propuestas]     E --&gt; F[Propuesta]     F --&gt; G[Solicitud y revisión de documentos a empresa seleccionada]     G --&gt; H[Documento]     H --&gt; I[Realizar contrato]     I --&gt; J[Contrato y póliza]     J --&gt; K[Realizar y aprobar Resolución]     K --&gt; L[Acta de inicio]     L --&gt; 3((3))     </pre> |

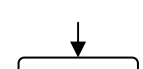
**(Continuación) Tabla 25. Propuesta de Mejoramiento Procedimiento de Adquisición y Suministro**

| <b>PROCESO:</b> Gestión de Recursos Físicos   |  |
|---|--|
| <b>PROCEDIMIENTO:</b> Adquisición y Suministro  |  |
| <b>Pasos</b>  | <b>Gráfico</b>   |
| <p><b>27.</b> Una vez el interventor del contrato firme el acta de inicio, transfiere la cuenta a la oficina financiera para su registro presupuestal y elaboración del pago del anticipo o pago final según el caso.</p> <p><b>28.</b> Una copia de la cuenta queda en el archivo de tesorería junto con el comprobante de pago y la factura original, los demás documentos originales se envían nuevamente a la oficina jurídica para su archivo.</p> | <pre> graph TD     Start((3)) --&gt; A[Firma del acta de inicio]     A --&gt; B[Firma del contrato]     B --&gt; C[Cuenta]     C --&gt; D[/Archivo cuenta/]     D --&gt; E[FIN]         </pre> |

Otro ejemplo es el procedimiento de contratación de personal, el cual se definió como Selección y Vinculación del Personal. La forma como estaba antes descrita y su gráfica, se muestran en la tabla 25 y la propuesta se describe en la tabla 26.

**Tabla 26. Procedimiento de Contratación de Personal**

| <b>Pasos</b>   | <b>Gráfico</b>   |
|--|--|
| <p>1. Cargo Vacante</p> <p>2. Recepción de hojas de vida</p> <p>3. Selección de hojas de vida.</p> <p>4. Selección del candidato más apto.</p> | <pre> graph TD     Start([INICIO]) --&gt; A[Cargo Vacante]     A --&gt; B[Recepción de hojas de vida]     B --&gt; End((1))         </pre> |



(Continuación) Tabla 26. Procedimiento de Contratación de Personal

| Pasos   | Gráfico  |
|---|--|
| <p>5. Envío de hojas de vida del personal nuevo a la administración</p> <p>6. Se saca copia de la Hoja de vida</p> <p>7. Diligenciamiento de los formatos y anexarlos a la hoja de vida.</p> <p>8. Se reporta a la Cooperativa de novedades.</p> <p>9. Se envía la hoja de vida a la Cooperativa.</p> | <pre>graph TD; Start((1)) --&gt; A[Hojas de Vida]; A --&gt; B[Selección de Hojas de Vida]; B --&gt; C[Selección de los candidatos más aptos]; C --&gt; D[Envío de hojas de vida a administración]; D --&gt; E[Hojas de Vida]; E --&gt; F[Sacar copias de hojas de vida]; F --&gt; G[Anexar formatos diligenciados a las hojas de vida]; G --&gt; H[Reportar y enviar las hojas de vida a la Cooperativa]; H --&gt; I[FIN];</pre> |

#### ALTERNATIVAS DE MEJORAMIENTO

- Describir las actividades de una manera mas detallada.
- Realizar el procedimiento desde la alta gerencia hasta la sede y no al contrario.
- Para una mejor elección del personal más idóneo, que se vincule a la Entidad, se le deben aplicar pruebas de suficiencia.
- Comprobar cada una de las partes críticas en la hoja de vida.
- Que la alta gerencia apruebe el personal seleccionado y tenga contacto con él.

- Se incluye algunos pasos que no se aplican.

**Tabla 27. Propuesta de Selección y Vinculación del Personal**

| PROCESO: Gestión del Talento Humano   |  |
|---|--|
| PROCEDIMIENTO: Selección y Vinculación del Personal   |  |
| Pasos   | Gráfico  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planeación de recursos humanos, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas del personal requerido por la Entidad.</li> <li>2. Realizar el perfil del cargo, describiendo las tareas, deberes, responsabilidades. y condiciones, bajo las cuales se desempeña cada cargo.</li> <li>3. Describir los aspectos intrínsecos (contenido) y extrínsecos (requisitos que debe cumplir el aspirante) dentro de la Entidad.</li> <li>4. Hacer la solicitud por escrito del personal requerido, la solicitud debe estar aprobada previamente por el Gerente general.</li> <li>5. Invitar a los candidatos para los cargos vacantes.</li> <li>6. Realizar el reclutamiento mediante concurso o realizar la búsqueda en el Mercado laboral.</li> <li>7. Recibir y revisar las solicitudes con las Hojas de Vida, analizándolas de acuerdo con los parámetros establecidos.</li> <li>8. Preseleccionar los candidatos, por medio del análisis de los perfiles, comparando el perfil del cargo requerido y el que describen en las hojas de vida y los soportes recibidos.</li> </ol> | <pre> graph TD     INICIO([INICIO]) --&gt; A[Planeación de Recursos Humanos]     A --&gt; B[Perfil del cargo]     B --&gt; C[Aspectos intrínsecos y extrínsecos]     C --&gt; D[Solicitud del personal requerido]     D --&gt; E[Solicitud escrita]     E --&gt; F[Invitación de los candidatos]     F --&gt; G[Reclutamiento de los candidatos]     G --&gt; H[Recibir y revisar hojas de vida]     H --&gt; I[Hojas de Vida]     I --&gt; J[Preselección de los candidatos]     J --&gt; FIN((1))   </pre> |

**(Continuación) Tabla 27. Propuesta de Selección y Vinculación del Personal**

| PROCESO: Gestión del Talento Humano   |  |
|---|--|
| PROCEDIMIENTO: Selección y Vinculación del Personal   |  |
| Pasos   | Gráfico  |
| <p>9. Determinar las pruebas y competencias pertinentes para medir las habilidades individuales de tipo cognitivo, conocimientos del puesto de trabajo, preferencias motivacionales, intereses vocacionales, actitudes, aptitudes y personalidad.</p> <p>10. Aplicar y calificar las pruebas y competencias.</p> <p>11. Realizar la entrevista psicológica.</p> <p>12. Valorar la entrevista.</p> <p>13. Verificar las referencias personales y laborales a la terna seleccionada.</p> <p>14. Seleccionar los tres candidatos más opcionados, con soporte de los informes de referencias, pruebas, competencias y entrevista.</p> <p>15. Valorar las competencias y la entrevista para escoger al candidato más idóneo para el cargo.</p> <p>16. Realizar la entrevista de los candidatos que superaron los procedimientos anteriores con el jefe inmediato.</p> <p>17. Definir cuál es el candidato seleccionado.</p> <p>18. Solicitar y recibir documentos y exámenes de ingreso para realizar el proceso de vinculación al funcionario de conformidad con las normas vigentes.</p> | <pre> graph TD     Start((1)) --&gt; A[Definir las pruebas y competencias]     A --&gt; B[Aplicar y evaluar pruebas]     B --&gt; C[Realizar la entrevista psicológica]     C --&gt; D[Valorar la entrevista psicológica]     D --&gt; E[Verificar referencias]     E --&gt; F[Seleccionar los tres candidatos]     F --&gt; G[Valorar las competencias y la entrevista]     G --&gt; H[Realizar entrevistas con el jefe inmediato]     H --&gt; I[Selección del candidato]     I --&gt; J[Solicitar exámenes de ingreso]     J --&gt; End((2))     </pre> |

**(Continuación) Tabla 27. Propuesta de Selección y Vinculación del Personal**

| PROCESO: Gestión del Talento Humano   |   |
|---|---|
| PROCEDIMIENTO: Selección y Vinculación del Personal   |   |
| Pasos   | Gráfico   |
| <p><b>19.</b> Confrontar referencias personales y laborales.</p> <p><b>20.</b> Aprobar el aspirante elegido.</p> <p><b>21.</b> Comunicar quién fue elegido a través de un memorando, anexando un resumen de su hoja de vida, condiciones salariales, cargos, tipo de contrato, salario propuesto, fecha de ingreso, fecha de finalización (si es a término fijo) y demás prerrogativas acordadas; para la aprobación final.</p> <p><b>22.</b> Formalizar el Contrato y Afiliación a Seguridad Social.</p> <p><b>23.</b> Registro y Archivos de Documentos.</p> <p><b>24.</b> Ingreso del funcionario contratado, lo cual Incluye su vinculación e inducción inicial, en el cual hace un recorrido y presentación por las diferentes áreas y se le enseña los objetivos de la Entidad, se le explican sus funciones, obligaciones y deberes.</p> <p><b>25.</b> Permanencia en el que se inscriben los procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos, por medio de actividades planeadas por la Entidad, para facilitar el desarrollo de habilidades, capacidades y conocimientos en los trabajadores con el fin de que puedan desempeñarse eficientemente en el cargo y obtengan buenos resultados.</p> | <pre> graph TD     Start((2)) --&gt; Exámenes[Exámenes]     Exámenes --&gt; Comprobar[Comprobar referencias]     Comprobar --&gt; Eleccion[Elección del candidato]     Eleccion --&gt; Memorando[Memorando de la elección]     Memorando --&gt; Contrato[Elaborar contrato y afiliaciones]     Contrato --&gt; ContratoDoc[Contrato]     ContratoDoc --&gt; Archivo[Archivo de contrato]     Archivo --&gt; Vinculacion[Vinculación e inducción]     Vinculacion --&gt; Capacitacion[Capacitación]     Capacitacion --&gt; Actividad[Actividades de permanencia]     Actividad --&gt; FIN([FIN])     </pre> |



Finalmente los procedimientos que se propusieron se presentan en el formato de la tabla 28.

**Tabla 28. Procedimiento de Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.**

|  |
|--|
| PROCEDIMIENTO: Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.   |
| PREPARACIÓN DEL DIAGNÓSTICO  |
| ASPECTOS GENERALES:  |
| DEFINICIÓN: Servicio de Información y Atención al Usuario que utiliza criterios de la calidad para atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y resolución de sus peticiones, sugerencias, quejas y reclamos.  |
| <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios oportunos y de calidad al usuario de la ESE Suroriente del Departamento del Cauca, a través de un procedimiento adecuado de información y atención al usuario externo.</li> <li>• Orientar a los usuarios de la Entidad en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>• Promover el desarrollo organizacional mediante un proceso de retroalimentación y educación constante que genere acciones y compromiso del funcionario de la Entidad en la prestación del servicio de salud al usuario.</li> </ul>  |
| <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir solicitud verbal, escrita o por medio del formato que se aplica en la Entidad, sobre información, peticiones, sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios.</li> <li>• Proporcionar información al usuario.</li> <li>• Dialogar con el usuario para solucionar su reclamo.</li> <li>• Recibir al usuario el reclamo por escrito.</li> <li>• Remitir el reclamo al servicio donde se originó.</li> <li>• Citar al responsable del caso.</li> <li>• Citar a comité de auditoría interna.</li> <li>• Revisar y analizar reclamos.</li> <li>• Recibir respuesta del servicio, donde se originó el reclamo.</li> <li>• Tomar medidas sobre el caso y crear correctivos.</li> <li>• Responder al usuario el reclamo planteado por escrito.</li> <li>• Controlar los reclamos recibidos.</li> <li>• Presentar estadística mensual de reclamos y sugerencias con base en el formato utilizado por la Entidad.</li> <li>• Hacer seguimiento y ajustes a los reclamos presentados.</li> </ul> |

**(Continuación) Tabla 28. Procedimiento de Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.**

|   |
|---|
| TALENTO HUMANO: Un funcionario especializado en el Programa de Atención al Usuario con excelentes relaciones interpersonales, ubicado en la recepción del SIAU y Jefe de Control Interno.   |
| TECNOLOGÍA: Teléfono con línea directa, un computador e impresora.  |
| INFRAESTRUCTURA: Oficina de información al usuario, que funcione las 24 horas, para resolver las inquietudes que los usuarios tengan sobre el servicio de salud prestado.   |
| REQUERIMIENTO: Solicitud o colaboración voluntaria del usuario y comité de auditoría interna.   |
| HORARIO DE PROGRAMA: Lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m.  |
| CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO: Orientación al usuario y ciudadano, orientación a resultados, transparencia y compromiso con la Entidad, mejora continua, trabajo en equipo, relaciones interpersonales, comunicación efectiva, manejo de información, atención oportuna y de calidad, confidencialidad, calidad humana, respeto por el derecho del usuario y competitividad. |

**4.6 DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**

Después de que los procedimientos han sido analizados y mejorados, se procede a caracterizarlos por medio del formato que se establece en la tabla 29, el cual quedó plasmado en la documentación del Manual de Procesos y Procedimientos final, una vez realizado el respectivo análisis a cada uno de ellos.

**Tabla 29. Formato Caracterización de los Procedimientos**

|                                    |                 |                             |                       |                              |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| <b>PROCESO:</b>                    |                 |                             |                       |                              |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   |                 |                             |                       |                              |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> |                 |                             |                       |                              |
| <b>ALCANCE:</b>                    |                 |                             |                       |                              |
| <b>RESPONSABLE:</b>                |                 |                             |                       |                              |
| <b>PROVEEDORES</b>                 | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>          | <b>SALIDAS</b>        | <b>CLIENTES</b>              |
|                                    |                 |                             |                       |                              |
| <b>RECURSOS</b>                    |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b> |                       | <b>REQUISITOS APLICABLES</b> |
| <b>HUMANOS:</b>                    |                 | <b>INTERNOS:</b>            | <b>EXTERNOS:</b>      | <b>NORMAS:</b>               |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b>            |                 |                             |                       | <b>LEGALES:</b>              |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b>        |                 |                             |                       |                              |
| <b>INDICADORES</b>                 |                 |                             | <b>INTERPRETACIÓN</b> |                              |
| <b>ELABORÓ</b>                     |                 | <b>REVISÓ</b>               |                       | <b>APROBÓ</b>                |

La estructura de los procedimientos se realizó de acuerdo con las siguientes características:

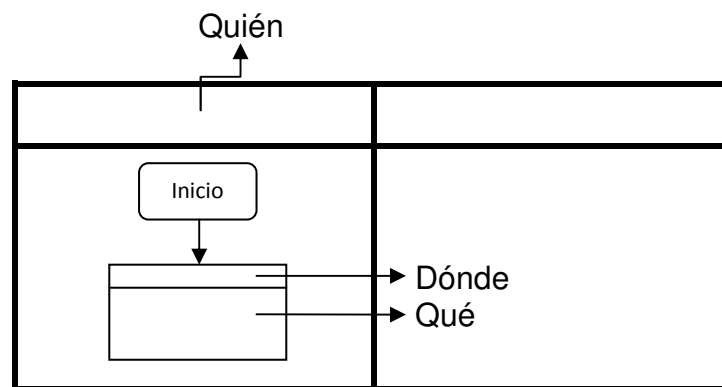
➤ Características de los Procedimientos:

- Proceso: Se identifica el nombre del proceso.
- Nombre del procedimiento: Se identifica lo que se hace dentro de la sede.
- Objetivo del procedimiento: Se detalla el logro específico que se quiere alcanzar en la ejecución del procedimiento.
- Alcance: Se identifica hasta dónde aplican las actividades del procedimiento.
- Responsable: Se especifica el cargo del funcionario bajo cuya responsabilidad está el procedimiento. No se refiere necesariamente a los que intervienen en las actividades, sino al funcionario a quien la sede identifica como líder o cabeza visible de este procedimiento y quien debe asegurar, que el mismo, se lleve a cabo.
- Actividades: Se define el conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o de la sede, la cual debe cumplir una secuencia.
- Entradas al procedimiento: Aquí se detalla los insumos, materias primas o información que se requiere para llevar a cabo el procedimiento.
- Proveedores: Se identifican dos clases de proveedores que son; proveedores internos, donde se identifica los otros procedimientos o procesos que le entregan resultados al procedimiento y los proveedores externos, se refiere a las entidades externas o personas que entregan algún insumo o materia prima requerida para el procedimiento.
- Salidas: Se detallan los resultados que se obtienen al ejecutar las actividades del procedimiento.
- Clientes: Se especifican los usuarios de la prestación del servicio o usuarios receptores del producto de la sede.
- Recursos: Se detalla cuales son los recursos humanos, en el cual se identifican los cargos que intervienen en el procedimiento; recursos de infraestructura, donde se deben considerar los equipos, instalaciones, servicios de apoyo (transporte, sistemas de información, hardware, software) que se requieren en el procedimiento y recursos de ambiente de trabajo, donde se deben considerar aquellas condiciones ambientales (físicas, sociales, etc.) que puedan afectar la prestación del servicio.
- Documentos asociados: se debe identificar los soportes que se requieren para llevar a cabo el procedimiento, pueden ser documentos internos, donde se determinan los documentos que la sede genera para el normal desempeño de las actividades en cada uno de los procedimientos o documentos externos, que son aquellos documentos que la sede no genera, pero que se utilizan para el normal desempeño de las actividades.
- Requisitos aplicables, se detalla los requisitos especificados por el usuario, incluidos con actividades de entrega , también pueden ser legales y reglamentarios, los cuales se refieren a aquellas disposiciones del Estado que

establecen lineamientos para la ejecución del procedimiento, o también pueden referirse a requisitos establecidos por la propia sede, para llevar a cabo el procedimiento.

- Indicadores y su interpretación, a través de los cuales se efectúa el seguimiento y medición al procedimiento. Para definir los indicadores se tienen en cuenta el pensamiento estratégico de la sede, el cual debe orientar el quehacer de cada uno de sus procedimientos.
- Quién elaboró, revisó y aprobó el respectivo procedimiento.
- Diagrama de flujo de los procedimientos: lo primero que se tiene en cuenta es el número de personas que intervienen en el procedimiento, para de esta manera realizar los diferentes cuadros, luego se inicia con las actividades en una figura donde se coloca el lugar de la actividad y lo que se hace, como se muestra en el gráfico 8.

**Gráfico 8. Diagrama de Flujo**



#### **4.6.1 Caracterización del Procedimiento de Consulta Médica General.**

Siguiendo con el ejemplo inicial de análisis de procedimientos, a continuación en la tabla 30 se realizó la caracterización del procedimiento de Consulta Médica General, la cual quedará en la documentación del Manual de Procesos y Procedimientos final.

**Tabla 30. Caracterización del Procedimiento de Consulta Médica General**

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Atención Ambulatoria</b>  |  |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Consulta Médica General  |  |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Identificar los pasos consecutivos para la prestación de la consulta médica en la Sede Principal La Vega de la ESE Surorienté, con el fin de prestar un servicio médico oportuno al usuario.   |  |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la solicitud del carnet de afiliación y documento de identificación del usuario y finaliza con el envío de la Historia Clínica al archivo y los RIPS al área de facturación.   |  |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Médico ESE Surorienté  |  |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación del servicio médico</li> <li>-Estado</li> <li>-Comunidad</li> <li>-Políticas de calidad</li> <li>-Proceso de Mejoramiento de la Salud Pública</li> <li>- Departamento Administrativo de la Función Pública</li> <li>- Implementos Médicos</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentos de identificación del usuario (carnet y cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad)</li> <li>- Historia Clínica</li> <li>-Hoja de Evolución</li> <li>- Fotocopias de Documento de Identificación</li> <li>- Software de Facturación</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar carnet de afiliación y documento de identificación del usuario.</li> <li>2. Comparación del documento de identificación del usuario con el carnet.</li> <li>3. Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>4. Verificar derechos del usuario.</li> <li>5. Facturar la consulta.</li> <li>6. Buscar Historia Clínica. Si el usuario no tiene Historia Clínica, se procede a realizar la apertura de Historia Clínica y si el usuario tiene Historia Clínica, continuar con el paso siguiente.</li> <li>7. Trasladar Historia Clínica a pre consulta.</li> <li>8. Llamar al usuario a pre consulta.</li> <li>9. Toma de signos vitales al usuario y registro de éstos en la Historia Clínica</li> <li>10. Orientación al usuario para trasladarse al consultorio de consulta externa.</li> <li>11. Trasladar Historia Clínica al consultorio médico.</li> <li>12. Llamar al usuario al consultorio médico.</li> <li>13. Preguntar la causa que origina la consulta y escribirlo en la Historia Clínica.</li> <li>14. Indagar por la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares y registrarlo en la Historia Clínica.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos completos para la verificación de derechos</li> <li>- Documento de identificación coincide con el carnet</li> <li>- Usuario activo en base de datos</li> <li>- Atención solicitada contratada</li> <li>- Personal de archivo con documentos completos de identificación del usuario para la búsqueda de su Historia Clínica</li> <li>-Historia Clínica del usuario lista para la atención</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados: Subsidados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaria de Salud.</li> </ul> |

**(Continuación) Tabla 30. Caracterización del Procedimiento de Consulta Médica General**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS  | ACTIVIDADES   | SALIDAS   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| -Ministerio de Protección Social   | -Implementos para la Toma de Signos vitales: tensiómetro, Fonendoscopio termómetro, reloj y balanza<br><br>- Lapiceros<br><br>-Equipo de Órganos<br><br>-Base de Datos de la Entidad<br><br>-Papelería: factura y formatos de diligenciamiento<br><br>-Protocolos de procedimientos médicos | <p>15. Realizar examen físico y registro en la Historia Clínica de lo que se encontró.</p> <p>16. Prescribir y explicar el tratamiento al usuario.</p> <p>17. Si es necesario realizar examen de laboratorio clínico hacer la orden. (Procedimiento de laboratorio clínico)</p> <p>18. Si no es necesario realizar examen de laboratorio clínico continuar con el paso siguiente.</p> <p>19. Diligenciar de manera adecuada la Historia Clínica y los RIPS.</p> <p>20. Archivar Historia Clínica y Enviar RIPS al área de facturación</p> | <p>- Historia Clínica en el consultorio de pre consulta</p> <p>-Usuario en el consultorio de pre consulta</p> <p>-Motivo de consulta</p> <p>-Registro en Historia Clínica de signos vitales</p> <p>- Historia Clínica en consultorio médico</p> <p>- Usuario en consultorio médico</p> <p>- Motivo de consulta del usuario</p> <p>-Datos de la enfermedad actual que presenta el usuario</p> <p>-Registro en la Historia Clínica</p> <p>-Usuario satisfecho</p> |  |  |
| RECURSOS   |   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |   | REQUISITOS APLICABLES  |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturador</li> <li>• Personal de Archivo</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Médico</li> </ul> |   | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de procedimientos</li> <li>-Orden médica</li> <li>- Historia Clínica</li> <li>-Factura</li> </ul>  | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del servicio de la salud pública</li> <li>-Auditoría interna</li> </ul>  | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P</li> <li>“ Artículo 1,2,3,4,5 y 7</li> <li>“ Calidad de la Atención en Salud</li> <li>-Decreto 1011 de 2006“ Calidad de la Atención en Salud ”</li> </ul> | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001“ Ley de competencias y recursos para salud”</li> </ul> |

**(Continuación) Tabla 30. Caracterización del Procedimiento de Consulta Médica General.**

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS                           |  | REQUISITOS APLICABLES               |                                      |
|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadores</li> <li>• Consultorio médico</li> <li>• Instrumentos para toma de signos vitales</li> <li>• Sala de consulta externa</li> <li>• Instrumentos del médico</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b>                               | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b>                       | <b>LEGALES Y<br/>REGLAMENTARIOS:</b> |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la sede</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Iluminación</li> </ul> |  |  |                                     |                                      |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. De Consultas Externas Realizadas}}{\text{No. De Citas Para Consultas Externas Programadas}} \times 100$  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Número promedio de los servicios de consulta externa hechos en un período de tiempo. |                                     |                                      |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 |  | <b>APROBÓ:</b>                      |                                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |                                      |

Posteriormente, se procede a realizar el diagrama del flujo del procedimiento. (Ver Manual de Procesos y Procedimientos)

#### **4.7 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.**

Considerando la importancia que tiene el Manual de Procesos y Procedimientos dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad, en la realización de su estructura, se tuvo en cuenta diferentes elementos considerados en el sistema.<sup>14</sup>, como son:

##### **4.7.1 Desarrollo de la Portada, Tabla de Contenido, Características de la Entidad, Generalidades del Manual de Procesos y Procedimientos, Mapa de Procesos General y Definición de Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo.**

➤ Portada: Se identifica a la Entidad, donde la estructura de la primera página , consta de:

- Logotipo de la Entidad: Ubicado en la parte superior o encabezado de página.
  - Nombre oficial de la Entidad: Empresa Social del Estado ESE Suroriente, ubicado en el centro de la hoja.
  - Denominación del trabajo: Nombre del documento que se realizó. En este caso "Manual de Procesos y Procedimientos para la Sede Principal La Vega de la Empresa Social del Estado ESE Suroriente en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial", el cual lo ubicamos en el centro de la hoja.
  - Codificación, la cual se realizó como se describe a continuación:
- ✓ La primera posición (3 letras) es para las iniciales del Manual de Procesos y Procedimientos que se está realizando, así:

MPP: Manual de Procesos y Procedimientos.

- ✓ La segunda, tercera y cuarta posición (2 y 3 letras), es para el área a la cual corresponde, quedando de esta forma:

AG: Área Gerencial.    AAD: Área Administrativa.    AA: Área Asistencial.

Posteriormente cada procedimiento se codificó así:

- ✓ La primera posición (2 letras) para las iniciales de procedimiento:

PR: PROCEDIMIENTO

---

<sup>14</sup> ISO 9001:2000, Sistema de Gestión de la Calidad, Requisitos.



- ✓ La segunda posición (1 número o más), para el número del procedimiento al que corresponde:
  - 1: Sistema de Gestión Intersectorial.
  - 2: Fortalecimiento y Contratación de Programas de Seguridad Pública.
  - 3: Planeación y Control Presupuestal... Etc.
  
- ✓ La tercera posición (1 letra), para la clasificación de los procesos, es decir si son estratégicos, misionales y de apoyo.
  - E: Estratégicos
  - M: Misionales
  - A: Apoyo
  
- ✓ La cuarta posición (2 números o más), para el conteo total de los procesos según su clasificación (Estratégicos, Misionales y de Apoyo).
  - 01: Sistema de Gestión Intersectorial.
  - 02: Fortalecimiento y Contratación de Programas de Seguridad Pública.
  - 03: Planeación Estratégica.
  
- Edición o versión, donde se coloca 01 porque corresponde a la primera versión para la Entidad.
- Fecha de elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos.
- Conteo de las páginas del Manual de Procesos y Procedimientos. El código, Edición, Fecha y Conteo de las páginas se ubican en la parte izquierda, después del logotipo de la Entidad, en este orden.
  
- Responsabilidades: se define, quién lo elaboró, quién lo revisó y quién lo aprobó. Se ubica en la parte inferior de las páginas.
  
- Tabla de contenido: Donde se detallan las generalidades del manual, relación de los capítulos y páginas correspondientes, que forman parte del documento.
  
- Características de la Entidad: consiste en una descripción general de lo que es la Entidad, en la que se representa:
  - Reseña Histórica.
  - Portafolio de productos.
  - Organigrama.
  - Misión y Visión.

Se presentaron las anteriores características, con el fin de que todos los empleados conozcan mas afondo la entidad, todos los servicios que ofrece y su organigrama actual y que además se concienticen de la importancia de saber la razón de ser de la Entidad y a dónde se quiere llegar.

- Generalidades del Manual de Procesos y Procedimientos, donde se especifica:
  - Introducción: En la cual se describe la importancia del manual, exposición sobre el documento, su contenido, objeto, áreas de aplicación e importancia de su revisión y actualización.
  - Objetivo del manual: Se especifica el fin último del manual. Explicación del propósito que se pretende cumplir con los procedimientos.
  - Justificación del manual: donde se especifica el por qué de la realización del manual.
  - Marco legal: se refiere a los aspectos legales que se relacionan directamente con la Entidad prestadora de salud, como son las leyes que la rigen.
  - Destinatarios del manual: se especifica a quién va dirigido el Manual de Procesos y Procedimientos.
  - Simbología utilizada: Se detalla los símbolos que se van a utilizar para el diagrama de flujo de los procedimientos.
  - Metodología: Se definen los pasos que se van a seguir con el Manual de Procesos y Procedimientos.
  
- Mapa de Procesos General.
  - Mapa de Procesos y Procedimientos.
  
- Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de Apoyo, definidos en la caracterización de los procedimientos.

#### **4.8 APROBACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL DEL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS FINAL.**

Una vez elaborado el Manual de Procesos y Procedimientos, se sometió a revisión por parte de los responsables y a consideración de la alta dirección, para las sugerencias, ajustes y su aprobación final, lo cual lo podemos observar en el anexo N. 5

Por su parte, la sensibilización de todos los funcionarios de la sede, debe ser una actividad previa y permanente al proceso de implementación y mantenimiento del Manual de Procesos y Procedimientos, así como la capacitación en la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el dicho manual en todas las áreas de la

sede. Por consiguiente, la última actividad realizada fue la socialización del Manual, la cual se desarrolló en la Sede Principal La Vega, por medio de una exposición de los procedimientos a todos los funcionarios de cada una de las áreas, utilizando diferentes diapositivas para una mejor explicación. La programación se desarrollo como se muestra a continuación en la tabla 31, y como lo podemos ver en el anexo N. 6

**Tabla 31. Fechas Socialización del Manual de Procesos y Procedimientos**

| <b>FECHA</b>     | <b>SEDE</b> |
|------------------|-------------|
| Mayo 26 del 2009 | La Vega     |
| Mayo 27 del 2009 | La Vega     |

## 5. CONCLUSIONES

- A través de la realización del presente trabajo todos los funcionarios de la sede, se dieron cuenta de la importancia que tiene un Manual de Procesos y Procedimientos para el buen funcionamiento de toda la Institución, teniendo en cuenta que éste permite estandarizar todos los procedimientos, unificar esfuerzos y contrarrestar la pérdida de tiempo en pasos innecesarios.
- La realización del Manual de Procesos y Procedimientos, les dió a todos los funcionarios una visión clara del rumbo que la sede debe seguir y las actividades diarias que deben ejecutar para cumplir con la Misión y Objetivos propuestos por la Entidad.
- El Manual de Procesos y Procedimientos es un elemento de control materializado en una normativa de regulación interna, que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, por lo tanto es importante que la Empresa Social del Estado ESE Suroriente, ponga en práctica todo lo que se estipula, como guía para mejorar la calidad del servicio, unificar esfuerzos y hacer los procedimientos de una manera ordenada, con métodos, evaluaciones y siempre con mejora continua.
- El Manual de Procesos y Procedimientos se elaboró para la Sede Principal La Vega, con el objetivo de que éste sirva de guía para las demás sedes de la Entidad, dado que se estandarizó todas las actividades, ya que el entorno y las condiciones en las cuales se desenvuelve cada sede son similares.
- El cumplimiento de las metas de Promoción y Prevención, por parte de la sede, garantiza la permanencia de la Entidad en el sector salud, por ende todos los funcionarios deben seguir los procedimientos establecidos para realizar planes concretos que garanticen el cumplimiento de las mismas.
- Todos los pasos de cada procedimiento de la sede fueron tenidos en cuenta, debido a que no se encontraron pasos innecesarios para su eliminación.
- Las organizaciones se enfrentan en la actualidad a grandes retos de competitividad y productividad, con modelos de gestión que lleven a la satisfacción de los usuarios, lo cual se consigue a través del diseño e implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad y de Mejoramiento. Es importante entonces, fortalecer los procesos referentes al Sistema de Gestión de la Calidad en la Entidad, debido a que ésta es una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social, donde se concientice a todo el personal de la sede, en que la calidad la hacemos todos, todos los

días y no es algo distinto a adicionar a nuestro trabajo, puesto que ello implica el mejoramiento en la salud y por lo tanto, en el nivel de vida de todos los usuarios del Suroriente del Departamento del Cauca.

- El Sistema de Gestión de la Calidad, adoptará en la sede un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por las leyes y normas vigentes para el sector; por lo tanto la entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos del marco jurídico actual.
- Se debe trabajar el mejoramiento continuo en la sede, con herramientas administrativas que optimicen el manejo de los recursos, involucrando desde el principio a los directivos para generar el compromiso y respaldo necesarios para que el proceso obtenga los resultados esperados y alcancen el éxito al interior de la Entidad.
- Una mejor gestión gerencial, será el resultado del análisis permanente de los procesos y procedimientos de la sede, por lo tanto siempre habrá mejores formas de realizar los procesos y de establecer los procedimientos, por lo que el manual no estaría terminado plenamente, sino que deberá actualizarse permanentemente.
- Reestructurar la ESE Suroriente, requiere de procesos de pertenencia, asumidos por todos los funcionarios de las sedes, donde se involucren todas las áreas que forman parte de ella, donde se dé importancia al trabajo en equipo, para la gestión de sus procedimientos, debido a que éste es un punto clave para lograr reducir tiempo, aumentando la capacidad de respuesta a los usuarios, por lo tanto es importante que se de continuidad al trabajo que se ha venido desarrollando.

## 6. PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO

- Es recomendable que los altos directivos de la Entidad, brinden apoyo para el cumplimiento y aplicación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Sede Principal La Vega, el cual se deberá poner en práctica, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
  - Debe ser efectuado a través de los jefes.
  - Se deben manejar las resistencias al cambio.
  - Participación y compromiso de los funcionarios de cada área.
  - Capacitaciones continuas, y
  - Evaluación permanente.
- Teniendo en cuenta el diagnóstico de las sesiones de grupo realizadas se debe estimular al Talento Humano, con jornadas de sensibilización, creando un sentido de pertinencia y generando mayor desarrollo personal y grupal.
- En muchos funcionarios, el cambio genera toda una serie de comportamientos, oposiciones y un repertorio de respuestas negativas al cambio, por lo tanto se proponen estrategias con el fin de poner en marcha innovaciones en los procedimientos de la sede. Dichas estrategias son:
  - Explicación acerca de la necesidad y razones del cambio.
  - Entrenamiento al personal frente a los nuevos procesos.
  - Capacidad para analizar las circunstancias del personal involucrado.
  - Participación y compromisos de toda la sede.
  - Facilitar la implementación y dar apoyo permanente.
- El futuro de las organizaciones de salud, está en manos de los gerentes, que sepan innovar en función de las características de un entorno complejo con el fin de obtener rentabilidad económica y social y de esto no se escapa la ESE Suroriente, esto se logra a través de una planeación estratégica, formulando estrategias acordes con los cambios que se generan. Por lo tanto, es importante que el gerente como estratega de la Entidad, realice un plan de desarrollo para que ésta sea más competitiva y tenga un horizonte a seguir.
- El Manual de Procesos y Procedimientos del área gerencial, administrativa y asistencial, debe estar al alcance de todos los funcionarios de la sede, en un lugar de fácil acceso para cualquier consulta.
- Es importante que el Manual de Procesos y Procedimientos del área gerencial, administrativa y asistencial de la Sede Principal La Vega, sea distribuido a cada una de las sedes pertenecientes a la Entidad, por medio de una copia,

como instrumento de aplicación para la estandarización de los procedimientos y por ende un mejor desempeño a nivel de toda la Institución, con el fin de prestar un servicio de mejor calidad al usuario.

- Es necesario que durante la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos, se establezcan políticas operativas y metodologías que propendan por el mantenimiento del mismo, acompañadas de la interiorización de una cultura orientada hacia el cambio y la calidad de los procesos y procedimientos, materializada en la adopción y ejecución de comportamientos y disciplinas por parte del nivel directivo y funcionarios de la sede, que alienten por el mejoramiento continuo de cada uno de los elementos y componentes del manual, de tal forma que comparativamente se pueda apreciar el mejoramiento del mismo.
- Cuando trabajamos con apoyo de un Sistema de Gestión de la Calidad, la sede mejora su desarrollo social, lo que repercutirá en la excelencia operativa y por ende en la productividad y competitividad de la Entidad, por lo tanto se recomienda seguir con procesos que apunten y enfatizan en este sistema.
- Para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad, se hace necesario elaborar una serie de documentos que exige la norma ISO 9001, entre los cuales está el Manual de Procesos y Procedimientos, por lo cual será un inicio para seguir por éste camino.

## BIBLIOGRAFÍA

- MARTÍNEZ BERMÚDEZ, Rigoberto (1997). Los Manuales de Procedimientos 2ª. Edición.
- MEJÍA GARCÍA, Braulio (2003). Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. 4ª Edición.
- PATIÑO LOPEDA, Juan Carlos (2007). Documento de Evaluación Empresa Social del Estado ESE Suroriente.
- JARAMILLO I. El Futuro de la Salud en Colombia. 3ª Edición. Bogotá: Tercera Mundo Editores; 1997.
- Ministerio de Salud de Colombia. Ley 100. Libro Segundo. El Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 194. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
- CRUZ LF, GUERRERO R, ALZATE A. La Salud Como Empresa Social. Cali: Fundación Carvajal, Universidad del Valle.
- Departamento Administrativo de la Función Pública Red Universitaria de Extensión en Calidad. Guía de Diseño para Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. Dirección de Políticas de Control Interno y Racionalización de Trámites. 2008. María del Pilar Arango. Directora de Control Interno.
- Ministerio de la Protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud.
- Decreto Número 02666 de 2007 del 9 de Abril.
- FONSECA AMARIS, Francisco. Gerente, Empresa Social del Estado ESE Suroriente 2008-2012.
- FONTALVO HERRERA, José Tomas. Herramientas Efectivas para el Diseño e Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO-9000-2000
- SOLUCIONA, La Norma ISO 9001 del 2000, Resumen para Directivos, GESTIÓN 2000, Barcelona, 2001.



- ISO 9000:2000, Sistema de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario.
- ISO 9001:2000, Sistema de Gestión de la Calidad, Requisitos.
- [acreditacionensalud@minproteccionsocial.gov.co](mailto:acreditacionensalud@minproteccionsocial.gov.co). Ministerio de Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios.
- [sua@incontec.org.co](mailto:sua@incontec.org.co). Instituto Colombiano de Normas Técnicas, INCONTEC. Dirección de Acreditación en Salud.
- [www.saludcolombia.com](http://www.saludcolombia.com)
- Sistema Único de Acreditación en Salud.
- [www.actiongroup.com.ar](http://www.actiongroup.com.ar) - [info@actiongroup.com.ar](mailto:info@actiongroup.com.ar)

## TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ESE (Empresa Social del Estado):** Las ESE, son Instituciones prestadoras de servicios de salud, que tiene la función de prestar los servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema. Estas Instituciones son de cuidado primario, como puestos o centros de salud, instituciones de mayor complejidad como hospitales o clínicas, cuyo propósito fundamental será responder a las necesidades o problemas de salud.
- **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN INTRAMURAL:** Servicio de salud que se presta dentro de las instalaciones de la sede.
- **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EXTRAMURAL:** Servicio de salud que se presta fuera de las instalaciones de la sede.
- **COPASO (Comité Paritario de Salud Ocupacional):** El Comité Paritario de Salud Ocupacional, es un organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional, dentro de todos los niveles de la Entidad. Constituye un medio importante para mantener la salud del trabajador en las mejores condiciones físicas y psicológicas, buscar acuerdos con las directivas y responsables del Programa de Salud Ocupacional en función del logro de metas y objetivos concretos, divulgar y sustentar prácticas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros.
- **RÉGIMEN SUBSIDIADO:** Personas encuestadas con nivel de pobreza I y II, donde el Estado les otorga un subsidio a través de un asegurador que se llama Administrador de Régimen Subsidiado (ARS).
- **RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** Quien desarrolle una actividad económica, laboral, dependiente o independiente, ya sea a través del empleador o a través de sí mismo, cuando se es trabajador.
- **POBLACIÓN VINCULADA:** Personas identificadas en el nivel de pobreza, que no han accedido a subsidios. Se les conoce como población pobre y vulnerable, no cubierta con subsidios a la demanda.
- **VINCULADA NO IDENTIFICADA:** Personas que no han sido encuestadas y no están censados en el SISBEN. Se les llama así por que no aparecen en el sistema de información.

- **SIAU (Sistema de Atención al Usuario):** El SIAU es un mecanismo que permite al usuario externo contar con un mecanismo de comunicación directo con los diferentes niveles de la entidad, los cuales expresan sus necesidades y expectativas para la prestación de los servicios médicos asistenciales y el mejoramiento del mismo. Esto conlleva a centrar las decisiones en la búsqueda de la satisfacción del usuario externo e interno, implementando nuevas ideas y políticas a través de la identificación de problemas, causas y soluciones, logrando el objetivo y motivación humanitaria.
- **RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud):** Es una herramienta acorde a las necesidades de la Entidad prestadora del servicio y de la Entidad que vigila y administra los recursos, donde se muestra un conjunto de datos básicos referentes a la identificación del prestador de Salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio y del diagnóstico y causa externa que originó la prestación del servicio.
- **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC):** Conjunto de normas de uso mundial en las que se establecen requisitos para la administración de la calidad, en el diseño de productos, en los procesos, pruebas, compras, servicios postventa y capacitación.
- **S.O.G.C.S (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud)** Conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el Sector Salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el País, centrados en el usuario.
- **SISTEMA DE INFORMACIÓN:** Todos los elementos que funcionan en conjunto para procesar datos y producir información.
- **PAB (Plan de Atención Básica):** El PAB es uno de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, su función prioritaria es garantizar la salud colectiva de los habitantes de un ente territorial. El PAB es de cubrimiento universal para todas las personas, independientemente de su estado de afiliación o vinculación al sistema, es de carácter obligatorio y gratuito, financiado con recursos públicos y sus acciones son principalmente colectivas y no están sujetas a copagos o cuotas moderadoras.
- **BIOSEGURIDAD:** Se define como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos

procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

- **MEJORA CONTINUA:** Actividad sistemática que incrementa la capacidad para darle respuesta a los requisitos.
- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Medida establecida para eliminar la causa de una no conformidad encontrada.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Medida establecida para eliminar la causa de una no conformidad potencial.
- **INDICADORES:** Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos o cambios para la toma de decisiones en salud pública; para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1.**

**Manual de Procesos y Procedimientos para la Sede Principal La Vega de La ESE Suroriente en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial.**

# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SURORIENTE

**ESE SURORIENTE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE

NIT, 900.145.572-9



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA GERENCIAL ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL

**ESE SURORIENTE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE

NIT, 900.145.572-9



Código:  
MPP-AG-AAD-AA

Edición: 01

Fecha: 11/05/2009

Página: 1 de 281

## EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SURORIENTE

### Manual de Procesos y Procedimientos para la Sede Principal La Vega en el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente





**TABLA DE CONTENIDO**

| <b>ÍNDICE</b> |  | <b>PÁG</b> |
|---------------|--|------------|
| 1.            | CARACTERISTICAS DE LA ENTIDAD  | 5          |
| 1.1           | RESEÑA HISTORICA   | 5          |
| 1.2           | PORTAFOLIO DE SERVICIOS  | 5          |
| 1.3           | ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL  | 6          |
| 1.4           | MISIÓN   | 7          |
| 1.5           | VISIÓN   | 7          |
| 2.            | GENERALIDADES  | 8          |
| 2.1           | INTRODUCCIÓN   | 8          |
| 2.2           | OBJETIVO DEL MANUAL  | 9          |
| 2.3           | JUSTIFICACIÓN DEL MANUAL   | 9          |
| 2.4           | MARCO LEGAL  | 10         |
| 2.5           | DESTINATARIOS DEL MANUAL   | 12         |
| 2.6           | SIMBOLOGÍA UTILIZADA   | 13         |
| 2.7           | METODOLOGÍA  | 14         |
| 3.            | MAPA DE PROCESOS GENERAL   | 16         |
| 3.1           | MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS  | 16         |
| 4.            | PROCESOS ESTRATÉGICOS  | 17         |
| 4.1           | PROCEDIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN INTERSECTORIAL                                | 17         |
| 4.2           | PROCEDIMIENTO FORTALECIMIENTO Y CONTRATACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGURIDAD PÚBLICA | 21         |
| 4.3           | PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA   | 24         |
| 4.4           | PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL                                | 29         |
| 4.5           | PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS                                       | 32         |
| 4.6           | PROCEDIMIENTO SISTEMA CONTABLE Y DE COSTOS                                     | 36         |
| 4.7           | PROCEDIMIENTO FACTURACIÓN Y CARTERA  | 40         |
| 4.8           | PROCEDIMIENTO LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS  | 45         |
| 4.9           | PROCEDIMIENTO REPRESENTACIÓN Y ASESORÍA JUDICIAL                               | 49         |

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente



**TABLA DE CONTENIDO**

| <b>ÍNDICE</b>  | <b>PÁG</b> |
|--|------------|
| 4.10 PROCEDIMIENTO IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO    | 53         |
| 4.11 PROCEDIMIENTO HABILITACIÓN                                      | 59         |
| 4.12 PROCEDIMIENTO AUDITORÍA EN CALIDAD                              | 64         |
| 4.13 PROCEDIMIENTO ACREDITACIÓN                                      | 69         |
| 4.14 PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO, CONTROL Y ANÁLISIS DE DATOS          | 72         |
| 4.15 PROCEDIMIENTO RESIDUOS HOSPITALARIOS                            | 76         |
| 4.16 PROCEDIMIENTO SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU | 80         |
| 5. PROCESOS MISIONALES   | 84         |
| 5.1 PROCEDIMIENTO CONSULTA MÉDICA GENERAL                            | 84         |
| 5.2 PROCEDIMIENTO CONSULTA ODONTOLÓGICA                              | 90         |
| 5.3 PROCEDIMIENTO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS                              | 98         |
| 5.4 PROCEDIMIENTO LABORATORIO CLÍNICO                                | 103        |
| 5.5 PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES                      | 108        |
| 5.6 PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS NO VITALES                   | 117        |
| 5.7 PROCEDIMIENTO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN INTRAMURAL                  | 124        |
| 5.8 PROCEDIMIENTO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EXTRAMURAL                  | 165        |
| 5.9 PROCEDIMIENTO HOSPITALIZACIÓN                                    | 204        |
| 5.10 PROCEDIMIENTO TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO                       | 209        |
| 5.11 PROCEDIMIENTO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS                 | 214        |
| 6. PROCESOS DE APOYO   | 217        |
| 6.1 PROCEDIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DEL PERSONAL               | 217        |
| 6.2 PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO                           | 225        |
| 6.3 PROCEDIMIENTO SALUD OCUPACIONAL                                  | 229        |
| 6.4 PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO                           | 232        |
| 6.5 PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN                      | 243        |

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente



**TABLA DE CONTENIDO**

| <b>ÍNDICE</b> |   | <b>PÁG</b> |
|---------------|---|------------|
| 6.6           | PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS Y<br>ACTIVOS FÍSICOS                  | 247        |
| 6.7           | PROCEDIMIENTO ADECUACIÓN DE ESTRUCTURA  | 250        |
| 6.8           | PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO<br>DE PLANTA FÍSICA Y EQUIPOS | 253        |
| 6.9           | PROCEDIMIENTO VIGILANCIA  | 258        |
| 6.10          | PROCEDIMIENTO SERVICIOS GENERALES   | 261        |
| 6.11          | PROCEDIMIENTO CONDUCCIÓN  | 267        |
| 6.12          | PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA  | 270        |
| 6.13          | PROCEDIMIENTO ENVIÓ DE CORRESPONDENCIA  | 274        |
| 6.14          | PROCEDIMIENTO ENTREGA DE MEDICAMENTOS   | 278        |

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente



**1. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD**

**1.1 RESEÑA HISTORICA**

La Empresa Social del La Empresa Social del Estado Sur Oriente ESE, fue creada por la Gobernación del Cauca, mediante Decreto 0266 del 9 de abril de 2007, como una Entidad Descentralizada del Orden Departamental; con Personería Jurídica, Patrimonio propio y Autonomía Administrativa, Adscrita a la Gobernación del Cauca; se conformó regionalmente agrupando las anteriores Unidades de Nivel I de los Municipios de Almaguer, La Vega, San Sebastián y Santa Rosa ubicados en el Suroriente del Departamento, con capacidad de ofrecer servicios para la prevención de la enfermedad, promoción y tratamiento de la salud, acordes con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico de la población asentada en la jurisdicción de los municipios de influencia y teniendo en cuenta el plan sectorial de salud del departamento del Cauca.

**1.2 PORTAFOLIO DE PRODUCTOS**

1. Servicios Ambulatorios Intra y Extramurales
2. Servicio de Urgencias
3. Hospitalización de Baja Complejidad
4. Atención de Partos
5. Laboratorio Baja complejidad
6. Radiología Baja complejidad
7. Servicios Ecografía obstétrica ambulatoria
8. Servicios de Promoción y Prevención y PAB
9. Transporte Asistencial Básico

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
 Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

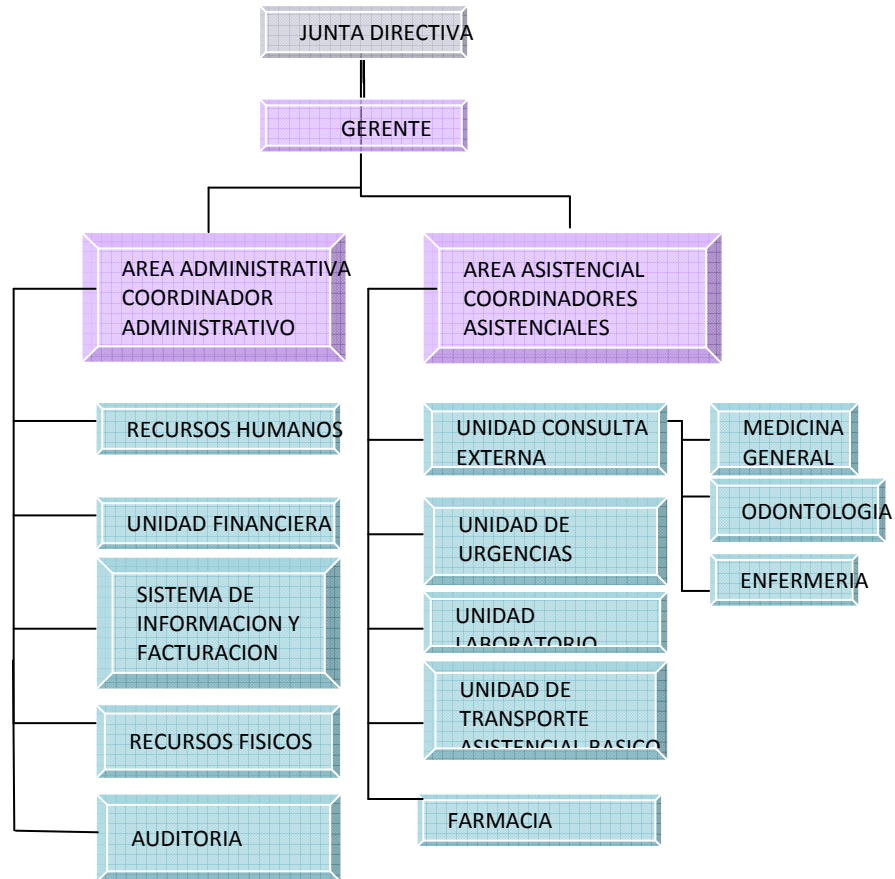
Paola Andrea García  
 Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
 Gerente

**1. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD**

**1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**



**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
 Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
 Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
 Gerente

**1. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD**

**1.4 MISIÓN**

*Contribuir a mejorar el estado de salud de la población de los municipios de La Vega, Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa, en especial la más pobre y vulnerable residente en el área de influencia de la red de salud de la Empresa Social del Estado Sur Oriente, a través de la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud; con garantía de calidad, cultura de trabajo en red, enfoque familiar y comunitario que permitan la sostenibilidad financiera y la rentabilidad social.*

**1.5 VISIÓN**

*Hacia el año 2020 estar posicionada a nivel local y regional como la mejor empresa en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad con enfoque social y estándares de calidad, que contribuyan efectivamente en el mejoramiento de la calidad de vida de la población en los municipios de La Vega, Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa.*

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
 Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
 Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
 Gerente



**2. GENERALIDADES**

**2.1 INTRODUCCIÓN**

La Empresa Social del Estado E.S.E Suroriente del Cauca, es una entidad que ofrece servicios de salud a las comunidades de los municipios de la Vega, Almaguer, San Sebastián y Santa Rosa, para lo cual requiere la estructuración de sus procesos y procedimientos por medio de un documento llamado manual.

Dicho Manual es un elemento de control materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos al interior de la entidad, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo, asegurando que contenga todos los aspectos necesarios para dirigir las operaciones de la entidad hacia el logro de sus objetivos, permitiendo además relacionarse adecuadamente con las demás instancias de la Institución y por ende llegar eficientemente a cada uno de los municipios donde presta sus servicios. Así mismo, el Manual permite la estandarización del conocimiento de la operación de la entidad y un lenguaje común alrededor de ella, fomentando el autocontrol y la autorregulación, que permita mostrar como se ejecutan las diferentes funciones gerenciales, administrativas y asistenciales, bajo los estándares de operación aplicables a todos los funcionarios.

Teniendo en cuenta lo anterior se ha plasmado en un documento los procesos y procedimientos de las diferentes sedes con las que cuenta la Entidad, que servirá de apoyo para la operatividad de la misma. En dicho manual se describen cada una de las actividades, responsables, su representación gráfica y demás herramientas utilizadas en la construcción, ejecución y revisión permanente de los manuales.

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

**APROBÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**2. GENERALIDADES**

**2.2 OBJETIVO DEL MANUAL**

Orientar al personal administrativo y asistencial de las distintas sedes de la Empresa Social del Estado E.S.E Suroriente del Cauca, en la mejor forma de desempeñar sus procesos y procedimientos, derivados de las necesidades diarias y el cumplimiento de objetivos de la entidad, a través de la descripción y graficación de los mismos, con el fin de establecer un método estándar de trabajo y alcanzar una participación importante en la visión y misión de la entidad.

**2.3 JUSTIFICACIÓN DEL MANUAL**

El manual de procesos y procedimientos es una herramienta que conlleva el mejoramiento continuo y el cumplimiento eficaz y eficiente de los objetivos de la Empresa Social del Estado E.S.E Suroriente del Cauca.

Por lo tanto, se busca que exista un documento completo y actualizado de consulta y guía permanente, que establezca un método estándar para ejecutar el trabajo de la entidad, en razón de las necesidades que se presentan de la operatividad diaria de la sede principal La Vega de la Empresa Social del Estado E.S.E Suroriente del Cauca y que además sirva de apoyo útil para la ejecución de sus procesos y procedimientos.

El manual de procesos y procedimientos permitirá a la Empresa Social del Estado E.S.E Suroriente Del Cauca integrar una serie de acciones tendientes a agilizar el trabajo de todos sus funcionarios y lograr una mejor calidad del servicio, para de esta forma aumentar la participación de la entidad en la Región, como también la búsqueda de alternativas que mejoren la satisfacción del usuario.

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

**APROBÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente



**2. GENERALIDADES**

**2.4 MARCO LEGAL**

Para la incorporación de los procesos y procedimientos en el siguiente manual, se deben tener en cuenta las disposiciones de orden legal que a continuación se nombran:

**Ley 100 de 1993.** Es la ley marco del actual sistema de seguridad social establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación ciudadana. En el Artículo 153, se determina: “el sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y practica profesional”.

**Ley 10 de 1990.** Ley por la cual se reorganiza el Sistema nacional de Salud y se dictan otras disposiciones del servicio publico de salud, donde dice “La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política”

**Ley 715 de 2001.** Ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

**APROBÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantas Administración de Empresas

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**2. GENERALIDADES**

**Ley 872 de 2.003.** Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

**Decreto 4110 de 2.004.** Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2.003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública.

**Decreto 1599 de 2.005.** “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control interno para el Estado Colombiano 1.000 – 2.005”.

**Decreto 1011 de 2.006.** “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 1446 de 2.006:** Por el cual se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGC de la atención en salud.

**Decreto 357 de 2.008.** “Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

**Resolución 473 de 2.008.** Por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial.

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**2. GENERALIDADES**

**Resolución 2181 de 2.008.** Por el cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.

**C P N DE 1991**

**Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

**Artículo 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.

**2.5 DESTINATARIOS DEL MANUAL**

El presente manual de procesos y procedimientos esta dirigido al recurso humano administrativo y asistencial de las diferentes sedes de la Empresa Social del Estado E.S.E Surorienté del Cauca.

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**




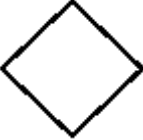




Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**2. GENERALIDADES**

**2.6 SIMBOLOGÍA UTILIZADA**

| <b>Símbolo</b>  | <b>Descripción</b>  |
|---|---|
|    | Indica la terminación del proceso o procedimiento   |
|    | Representa la acción necesaria para transformar una información recibida o crear una nueva, es decir una tarea o actividad            |
|    | Representa una actividad predefinida expresada en otro diagrama   |
|   | Representa un actividad de decisión o de conmutación  |
|  | Representa una actividad combinada  |
|  | Conector. Que se usa para representar una entrada o una salida dentro de la misma pagina o de una parte de una diagrama de flujo      |
|  | Representa cualquier tipo de documento que se utilice en el proceso o procedimiento y aportar información para que este se desarrolle |
|  | Representa la terminación del proceso o procedimiento   |

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

**APROBÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
 Pasantes Administración de Empresas

Paola Andrea García  
 Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
 Gerente



## 2. GENERALIDADES

### 2.7 METODOLOGÍA

La realización e implementación del manual de procesos y procedimientos se realizó teniendo en cuenta las siguientes fases:

**Primera fase:** Sesiones de grupo y entrevistas con cada uno de los funcionarios de la entidad y seguimiento, por medio de la observación y herramientas técnicas.

El objetivo de esta fase fue la recolección de toda la información necesaria en cuanto a procesos y procedimientos que se desarrollan dentro de la sede principal La Vega de la entidad, para posteriormente realizar el manual. De igual forma se escucharon todos los problemas y sugerencias relevantes de cada uno de los procesos.

El resultado de esta fase fue incluir de forma escrita los procesos y procedimientos más relevantes de la entidad, con su respectivo diagrama, sus pasos, sus actividades, responsable, y demás aspectos necesarios para plasmarlos en el manual.

**Segunda fase:** Realización del Manual de Procesos y Procedimientos.

El objetivo de esta fase fue documentar la información recolectada en la primera fase teniendo en cuenta las sugerencias de parte de los empleados para realizar los ajustes correspondientes a cada proceso y procedimiento.

#### ELABORÓ:

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

#### REVISÓ:

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

#### APROBÓ:

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**2. GENERALIDADES**

El resultado de esta fase fue un Manual de procesos y procedimientos para mejorar la eficiencia de la entidad y para cumplir sus obligaciones diarias.

**Tercera fase:** Socialización del Manual.

El objetivo de esta fase fue dar a conocer formalmente los procesos y procedimientos de la entidad, su secuencia y su diagramación.

El resultado de esta fase fue el conocimiento por parte de todos los funcionarios pertenecientes a la Empresa Social del Estado E.S.E Suroriente del Cauca, de todos los procesos y procedimientos formulados en el manual.

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

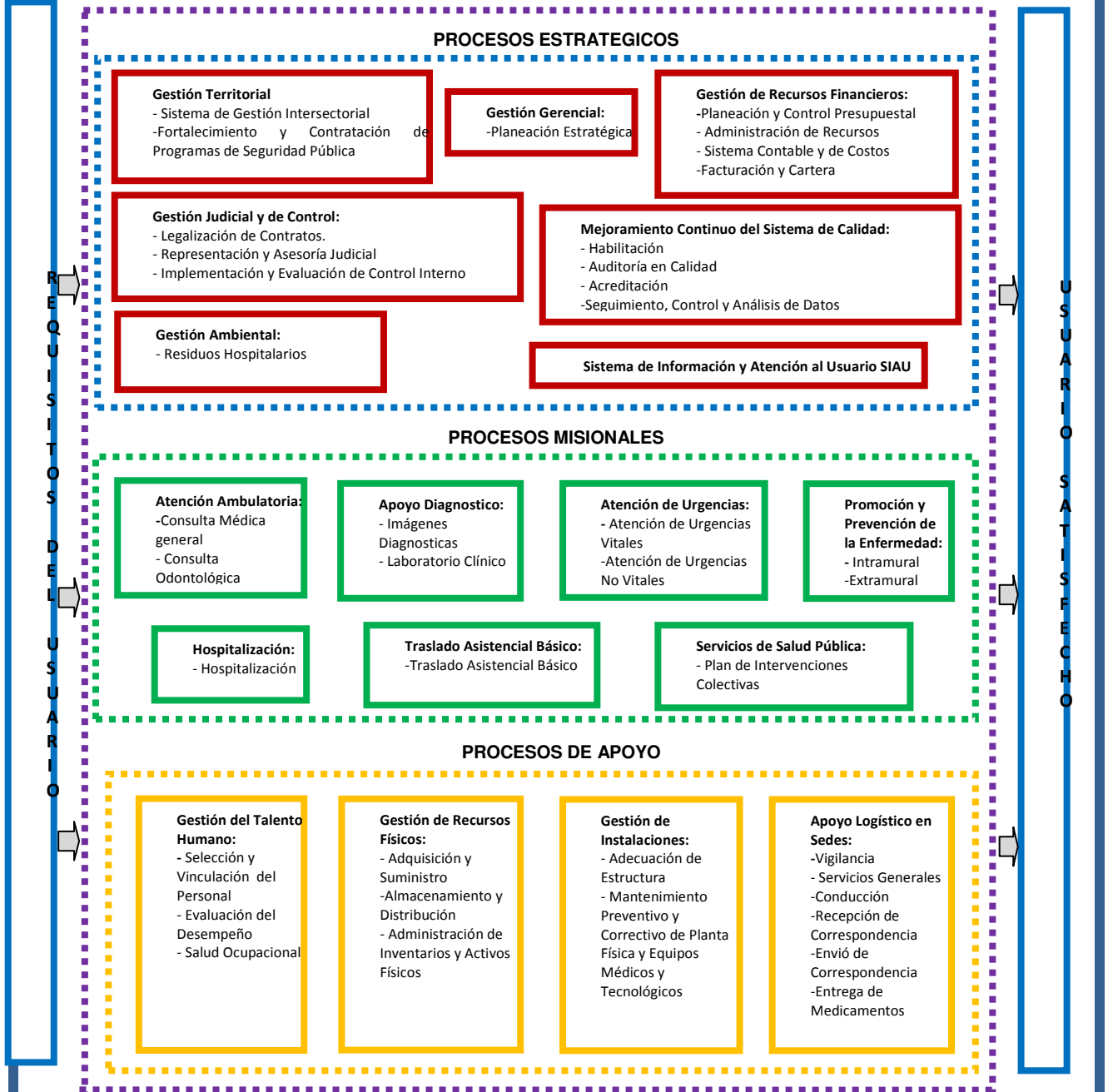
Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**3. MAPA DE PROCESOS GENERAL**

**3.1. MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**



**ELABORÓ:**

Cristina Gomez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

Paola Andrea Garcia  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente



**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Gestión Territorial</b>   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Sistema de Gestión Intersectorial.   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Dirigir la gestión necesaria para lograr el desarrollo de las diferentes sedes de la Empresa Social del Estado ESE Surorienté, de acuerdo con los planes y programas establecidos. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | La actividad inicia con la definición de los problemas que más afectan a la comunidad y termina con la evaluación final del desarrollo del convenio.                               |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Gerente General  |


| PROVEEDORES  | ENTRADAS   | ACTIVIDADES  | SALIDAS  | CLIENTES   |
|--|--|--|--|--|
| -Estado<br>-Alcaldías<br>-Municipios<br>-Departamentos<br>-Comunidad<br>-Departamento Administrativo de la función pública<br>-Planeación institucional<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | - Recursos<br>-Plan de desarrollo<br>-Gestión Documental<br>-Procedimiento envió de correspondencia<br>-Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales aplicables a la salud pública<br>-Presupuestos | <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar cuáles son los problemas prioritarios de la comunidad, sus posibles determinantes y las alternativas de solución.</li> <li>Solicitud al Ente territorial o Instancias pertinentes.</li> <li>Envío de la solicitud (Procedimiento de envió de correspondencia)</li> <li>Programación y coordinación para presentar formalmente la propuesta plasmada en la solicitud.</li> <li>Desarrollo de la propuesta.</li> <li>Presentación de la propuesta a las diferentes instancias pertinentes.</li> <li>Respuesta institucional a la solicitud.</li> <li>Elaboración del convenio.</li> <li>Presentación del convenio ante todas las instancias interesadas.</li> <li>Aprobación del convenio.</li> <li>Definición de firmas de todas las partes interesadas.</li> <li>Planeación y organización de actividades para llevar el desarrollo del convenio y definir los responsables.</li> <li>Implementación y ejecución del convenio.</li> <li>Control de las actividades del convenio.</li> <li>Evaluación final del desarrollo del convenio.</li> </ol> | -Informe de necesidades más relevantes para la comunidad del surorienté del departamento.<br>-Comunicación de la solicitud.<br>-Radicación de documento.<br>-Documento de la propuesta.<br>-Respuesta a la solicitud.<br>-Comunicación aprobación de la propuesta.<br>-Firma del convenio<br>- Información sobre actividades para el cumplimiento de la propuesta.<br>-Informe sobre cumplimiento de convenio. | -Comunidad<br>-Entes Territoriales<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaria de Salud. |

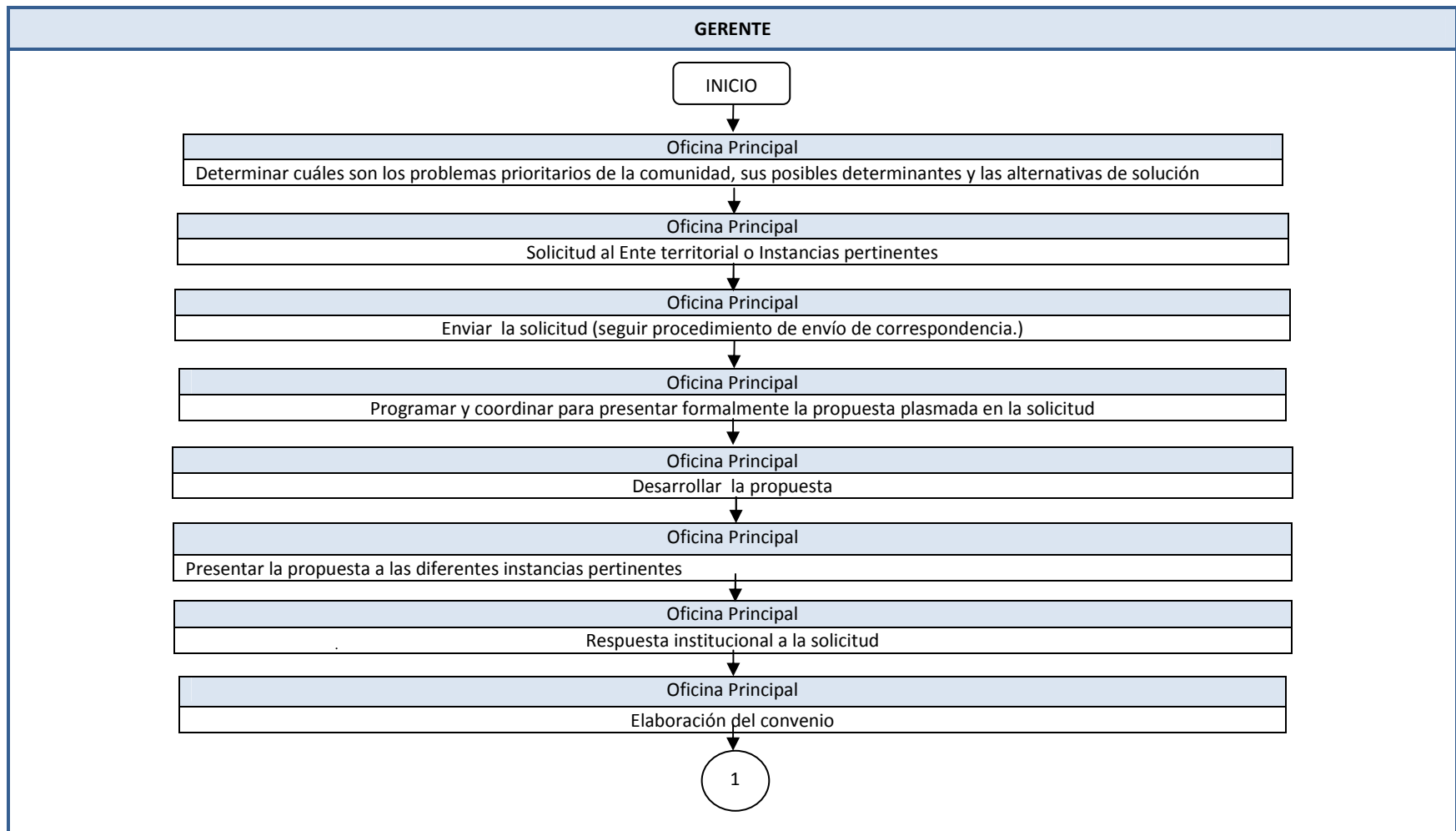
**ELABORÓ:**

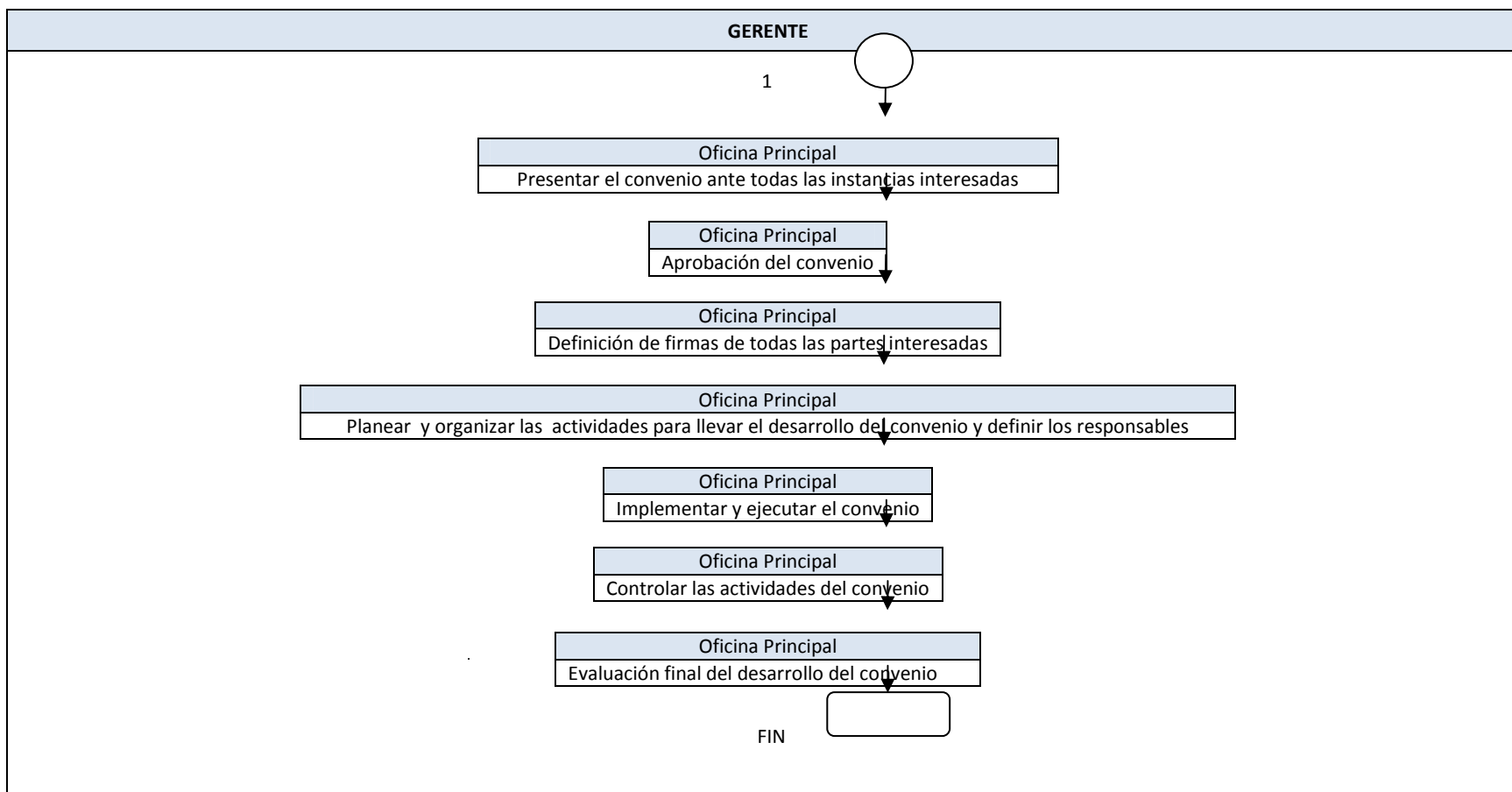
**REVISÓ:**

**APROBÓ:**



|   |  |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |
|    |  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |   |   | <b>Código:<br/>PR1E01</b>   |
|   |  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>   |   |   | <b>Edición: 01</b>  |
|   |  |   |   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |
|   |  | <b>Página: 18 de 281</b>  |   |   |   |
| <b>RECURSOS</b>   |  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecutivo o Responsable del Ente Territorial o Instancias Pertinentes (Alcalde, Gobernador, Etc.)</li> <li>Gerente de la Entidad</li> <li>Representante Legal de la Entidad</li> </ul>   |  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minuta del convenio</li> <li>Presupuestos</li> <li>Comunicados</li> <li>Informes</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contratos</li> <li>Constancias</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>CPN de 1991. Artículo 48 y 49</li> <li>Decreto 357 de 2.008. "reglamentación, evaluación y reelección de los Gerentes o Directores de las ESE.</li> <li>Resolución 473 de 2.008. " Metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las ESE"</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 100 de 1993 "Marco actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153</li> <li>Ley 10 de 1990 "Reorganización del Sistema Nacional"</li> <li>Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficinas</li> <li>Equipo de Oficina</li> </ul>   |  |   |   |   |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Aprendizaje continuo</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Creatividad e innovación</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación efectiva</li> <li>Liderazgo</li> <li>Toma de decisiones</li> </ul> |  |   |   |   |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. De Convenios Realizados}}{\text{No. De Convenios Firmados}} \times 100$   |  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Medir la cobertura del servicio.  |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |



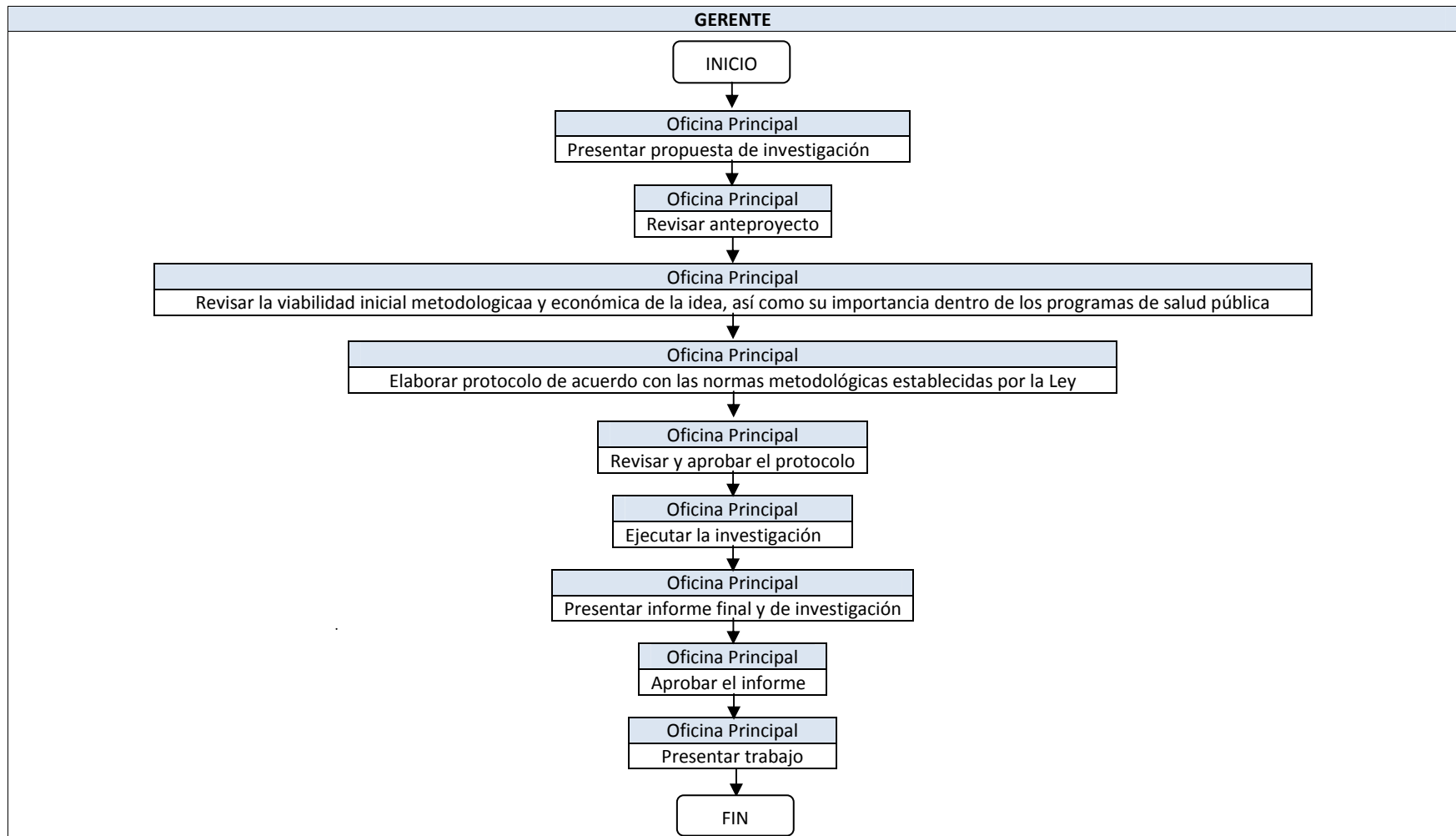




**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión Territorial</b>  |   |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Fortalecimiento y Contratación de Programas de Seguridad Pública.   |   |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Realizar investigaciones de programas de salud pública que contribuyan al bienestar de toda la población. |   |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con las propuestas de la investigación y termina con la presentación del trabajo.     |   |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Gerente General   |   |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Alcaldías<br>-Municipios<br>-Departamentos<br>-Comunidad<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Planeación Institucional<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social    | -Programas de salud pública<br>-Recursos económicos   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentar propuesta de investigación.</li> <li>2. Revisar anteproyecto.</li> <li>3. Revisar la viabilidad inicial metodológica y económica de la idea, así como su importancia dentro de los programas de salud pública.</li> <li>4. Elaborar protocolo de acuerdo con las normas metodológicas establecidas por la Ley.</li> <li>5. Revisar y aprobar el protocolo.</li> <li>6. Ejecutar la investigación.</li> <li>7. Presentar informe final y de investigación.</li> <li>8. Aprobar el informe.</li> <li>9. Presentar trabajo.</li> </ol> | -Propuestas de investigación.<br><br>-Protocolo de investigación aprobado.<br><br>-Informe final de la investigación<br><br>-Presentación del trabajo. | -Comunidad<br><br>-Entes Territoriales<br><br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaria de Salud. |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b>   | <b>INTERNOS:</b>  | <b>EXTERNOS:</b>  | <b>NORMA:</b>  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutivo o Responsable del Ente Territorial o Instancias Pertinentes (Alcalde, Gobernador, Etc.)</li> <li>• Gerente de la Entidad</li> <li>• Representante Legal de la Entidad</li> </ul> | -Anteproyecto<br><br>-Protocolo   | -Seguridad Pública  | -CPN de 1991. Artículo 48 y 49   | -Ley 100 de 1993 "Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |


|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |   | <b>Código:<br/>PR2E02</b>  |   |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
|   | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>                                   |   | <b>Fecha:11/05/2009</b>  |   |
|   |   |   | <b>Página: 22 de 281</b>   |   |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                       |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas</li> <li>• Equipo de Oficina</li> </ul> <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la Entidad</li> <li>• Aprendizaje continuo</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Creatividad e innovación</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Liderazgo</li> <li>• Toma de decisiones</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b>  | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 1000:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 357 de 2.008. "Reglamentación, evaluación y reelección de los Gerentes o Directores de las ESE.</li> <li>-Resolución 473 de 2.008." Metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las ESE"</li> <li>-Resolución 2181 de 2.008." Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 10 de 1990"Reorganización del Sistema Nacional"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"</li> </ul> |
| <b>INDICADORES:</b>   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |  |   |
| $\frac{\text{Total Población Beneficiada}}{\text{Total Población Objetivo}} \times 100$   |   | Porcentaje de rendimiento de lo programado, frente a cobertura y participación.   |  |   |
| $\frac{\text{No. De Programas Desarrollados}}{\text{No. Total De Programas Planeados}} \times 100$  |   |   |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                    |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |





**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión Gerencial</b>   |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Planeación Estratégica   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Intervenir eficientemente en la prestación de servicios de salud, influyendo de manera profunda en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a la sede.  |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con el análisis y diagnóstico interno y externo de la sede y finaliza con la gestión del talento humano.   |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Gerente General  |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica<br>-Seguimiento y control<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Gestión Financiera<br>-Gestión del Talento Humano<br>-Control interno<br>-Control disciplinario<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Direccionamiento estratégico<br>-Plan de Gestión<br>-Plan Nacional de Salud Pública<br>-Documento Estructura Básica del Plan de Desarrollo<br>-Proyección de los recursos financieros disponibles para su ejecución y armonización con los planes de gasto público; asignaciones de recursos a programas y subprogramas (objetivos metas y proyectos prioritarios de inversión) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizar los procesos actuales de direccionamiento estratégico de la sede.</li> <li>2. Realizar un análisis interno y externo de la sede para ver su situación actual.</li> <li>3. Identificar en el entorno, las principales oportunidades que sea preciso aprovechar al igual que las amenazas existentes para el desempeño de la sede.</li> <li>4. Proponer estrategias para implementarlas en el direccionamiento estratégico.</li> <li>5. Identificar los elementos que causan deficiencia en las áreas claves de la sede.</li> <li>6. Desarrollar estrategias corporativas, funcionales y operativas para la sede, con el fin de contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.</li> <li>7. Ajuste institucional.</li> <li>8. Viabilidad financiera.</li> <li>9. Realizar planes y programas operativos.</li> <li>10. Realizar proyectos para cada una de las unidades de negocio de la sede.</li> <li>11. Realizar plan de desarrollo institucional.</li> <li>12. Alistamiento institucional</li> <li>13. Elaboración del plan de inversiones.</li> <li>14. Elaborar la propuesta de seguimiento.</li> <li>15. Aprobación del plan de desarrollo</li> </ol> | -Informes procesos y situación actual de la sede<br>-Amenazas y oportunidades de la sede<br>-Plan de estrategias<br>-Acciones correctivas y preventivas<br>-Políticas de calidad<br>-Objetivos de calidad<br>-Planificación financiera<br>-Planificación del talento humano<br>-Acto administrativo formalización del procedimiento de planeación | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaria de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|   |                 |  |   |  |  |
|---|-----------------|--|---|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>  |                 | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR3E03</b>  |  |
|   |                 |  |   | <b>Edición: 01</b>   |  |
|   |                 | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |
|   |                 |  |   | <b>Página: 25 de 281</b>   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>   |   | <b>SALIDAS</b>   |  |
|   |                 | <b>16.</b> Realizar plan de acción.<br><b>17.</b> Realizar plan financiero.  |   | -Documento Estructura Básica del Plan de Desarrollo<br><br>-Documento mecanismos para seguimiento y evaluación   |  |
| <b>RECURSOS</b>   |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gerente ESE Surorienté</li> <li>Coordinador Administrativo</li> <li>Administrativos Asistenciales</li> </ul>   |                 | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentos del diagnóstico interno y externo de la sede</li> <li>-Estrategias y direccionamiento estratégico</li> <li>-Formato elaboración plan de desarrollo.</li> <li>-Formato elaboración de los planes de acción.</li> <li>-Formato elaboración plan de gestión de proyectos y programas</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de gestión de la calidad</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CPN de 1991. Artículo 48 y 49</li> <li>-Decreto 357 de 2.008. "Reglamentación, evaluación y reelección de los Gerentes o Directores de las ESE.</li> <li>-Resolución 473 de 2.008. " Metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las ESE"</li> <li>-Resolución 2181 de 2.008. " Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las entidades Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 100 de 1993 "Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153</li> <li>-Ley 10 de 1990 "Reorganización del Sistema Nacional"</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficinas con dotación</li> <li>Equipo de oficina</li> </ul>  |                 |  |   |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Aprendizaje continuo</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Creatividad e innovación</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación eficaz</li> <li>Liderazgo</li> <li>Toma de decisiones</li> <li>Excelente análisis y observación</li> </ul> |                 |  |   |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>   |                 |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |  |  |
| Oportunidad en la entrega del plan dentro de los plazos señalados en la norma.<br><br>Documento aprobado y acorde con los lineamientos jurídicos.   |                 |  | Cumplir con la elaboración del plan de planeación y desarrollo.                                     |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |                 | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantés Administración de Empresas  |                 | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |



**FORMATOS**

**Estructura del Mapa Estratégico.**

**COMPONENTE: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.**

**ELEMENTO: PLANES Y PROGRAMAS.**

| Misión | Visión | Objetivos de la Sede | Estrategias | Planes | Programas | Proyectos | Metas  | Recursos | Indicadores |
|--------|--------|----------------------|-------------|--------|-----------|-----------|--------|----------|-------------|
|        |        | OBJ. 1               | ESTR. 1     |        |           |           | META 1 |          |             |
|        |        |                      |             |        |           |           |        |          |             |
|        |        | OBJ. N               | ESTR. N     |        |           |           | META N |          |             |
|        |        |                      |             |        |           |           |        |          |             |
|        |        |                      |             |        |           |           |        |          |             |

**TOTAL RECURSOS**

**ELABORÓ:**

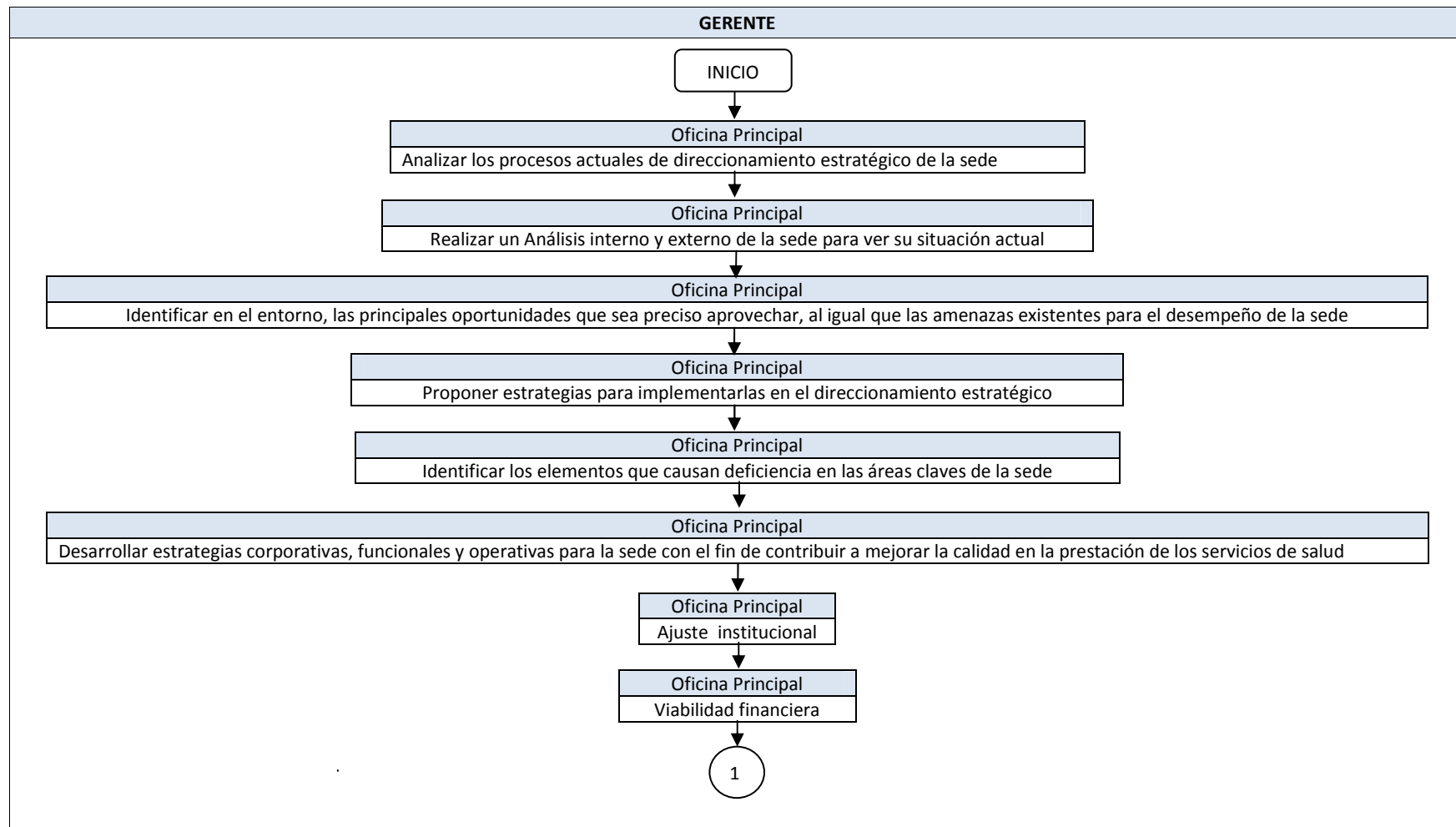
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

**REVISÓ:**

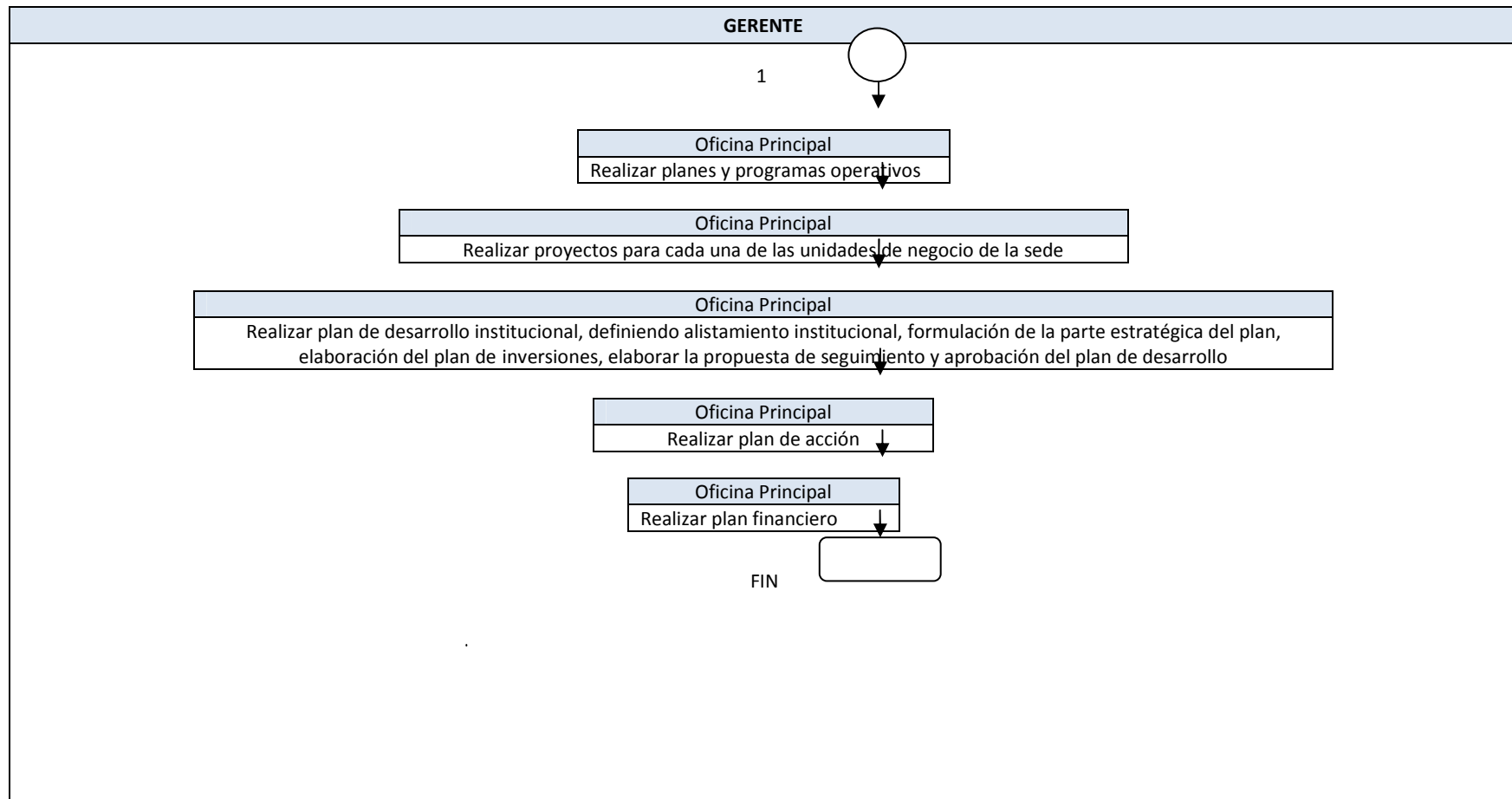
Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente




**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

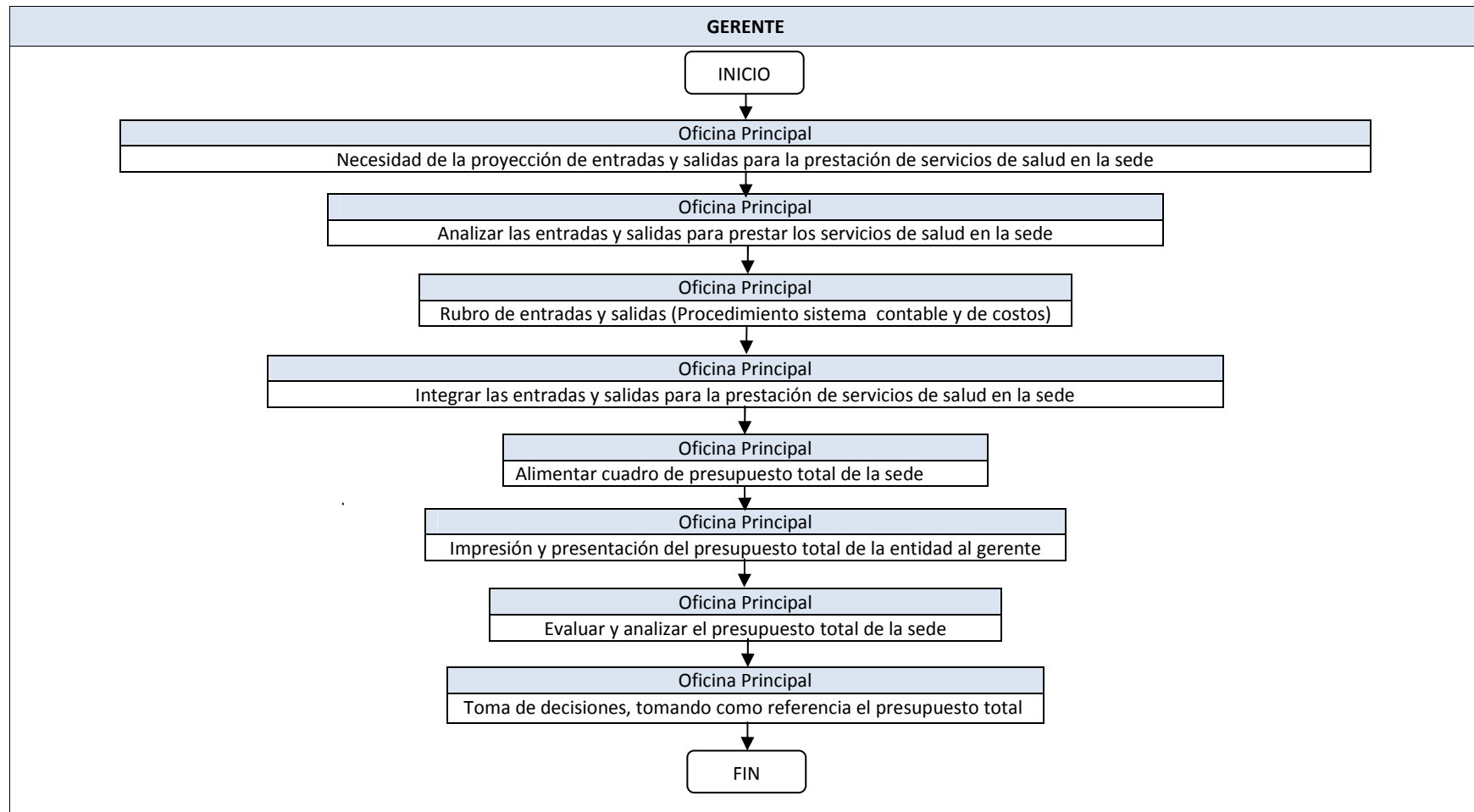




**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Gestión de Recursos Financieros</b>  |  |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Planeación y Control Presupuestal   |  |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Gestionar y ejecutar de manera ágil y eficiente el presupuesto de ingresos, inversiones y gastos de la sede, garantizando el cumplimiento oportuno de las obligaciones contraídas por la misma.   |  |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la proyección de entradas y salidas para la prestación de servicios de salud en la sede y termina con la toma de decisiones, analizando el presupuesto total.   |  |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Gerente General   |  |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Recursos económicos<br>-Planeación estratégica<br>-Seguimiento y control presupuestal<br>-Cumplimiento PUC, transacciones, flujos de operación balances contables y financieros e inversiones<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Contabilidad<br>-Presupuestos<br>-Gestión Documental<br>-Procedimiento sistema contable y de costos<br>-Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales aplicables a la salud pública<br>-Archivo y correspondencia<br>-Información general sobre la sede, organización de la sede, estatutos de la entidad y métodos operativos | 1. Necesidad de la proyección de entradas y salidas para la prestación de servicios de salud en la sede.<br>2. Analizar las entradas y salidas para prestar los servicios de salud en la sede.<br>3. Rubro de entradas (Procedimiento sistema contable y de costos).<br>4. Rubro de salidas (Procedimiento sistema contable y de costos).<br>5. Integrar las entradas y salidas para la prestación de servicios de salud en la sede.<br>6. Alimentar cuadro de presupuesto total de la sede.<br>7. Impresión y presentación del presupuesto total de la sede al gerente.<br>8. Evaluar y analizar el presupuesto total de la sede.<br>9. Toma de decisiones, tomando como referencia el presupuesto total. | -Informe de entradas y salidas de la sede<br>-Presupuesto total<br>-Plan de mejoramiento<br>-Estrategias de mejoramiento<br>-Emitir certificaciones, dictámenes e informes financieros sobre la sede<br>-Suministro de manera oportuna y adecuada la documentación requerida por la Revisoría Fiscal | -Comunidad<br>-Revisoría Fiscal<br>" Inspección sobre los libros de contabilidad y actas"<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaria de Salud.<br>-Proveedores con los cuales se contratan en la entidad |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Gerente ESE Surorienté  | <b>INTERNOS:</b><br>-Cheques<br>-Consignaciones   | <b>EXTERNOS:</b><br>-Contratos   | <b>NORMA:</b><br>-CPN de 1991 Artículo 48 y 49   | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantés Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |  | <b>Código:<br/>PR4E04</b>  |  |
|   |   |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
|   | <b>4 .PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>                                   |  | <b>Fecha:11/05/2009</b>  |  |
|   |   |  |  | <b>Página: 30 de 281</b>   |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                       |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador Administrativo</li> <li>• Administrativos Asistenciales</li> <li>• Profesional de Tesorería</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b><br>-Presupuesto                                  | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b><br>-Resolución 2181 de 2.008." Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"<br><br>-Resoluciones y Circulares procedimentales sobre la materia expedidas por la Contaduría, Tesorería, Presupuesto y Contraloría<br><br>- Estatuto Tributario | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 100 de 1993"Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153<br><br>-Ley 10 de 1990"Reorganización del Sistema Nacional"<br><br>--Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"<br><br>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"<br><br>-Decreto de liquidación del Presupuesto Anual de Rentas, Gastos e Inversiones |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Equipo de oficina</li> </ul>  |   |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Iluminación</li> </ul> |   |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |  |  |
| $\frac{\text{Costo del Programa}}{\text{No.de Actividades del Programa}}$   |   | Medir los costos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes en recursos e insumos. |  |  |
| $\frac{\text{Presupuesto Ejecutado en el Mes}}{\text{Presupuesto Total Asignado}} \times 100$   |   | Medir el porcentaje del presupuesto gastado en el mes frente al total asignado.                          |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                    |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |



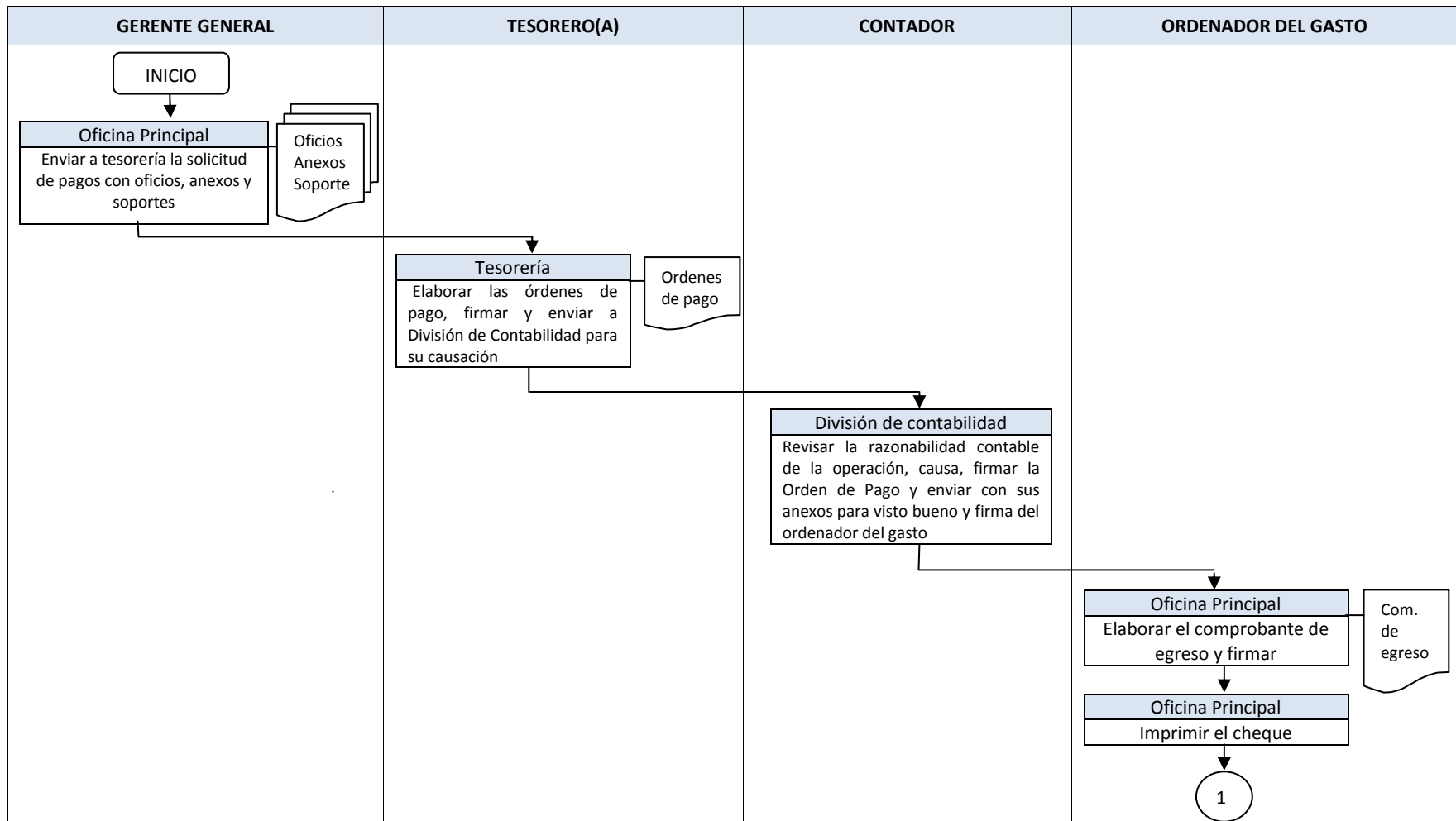


**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

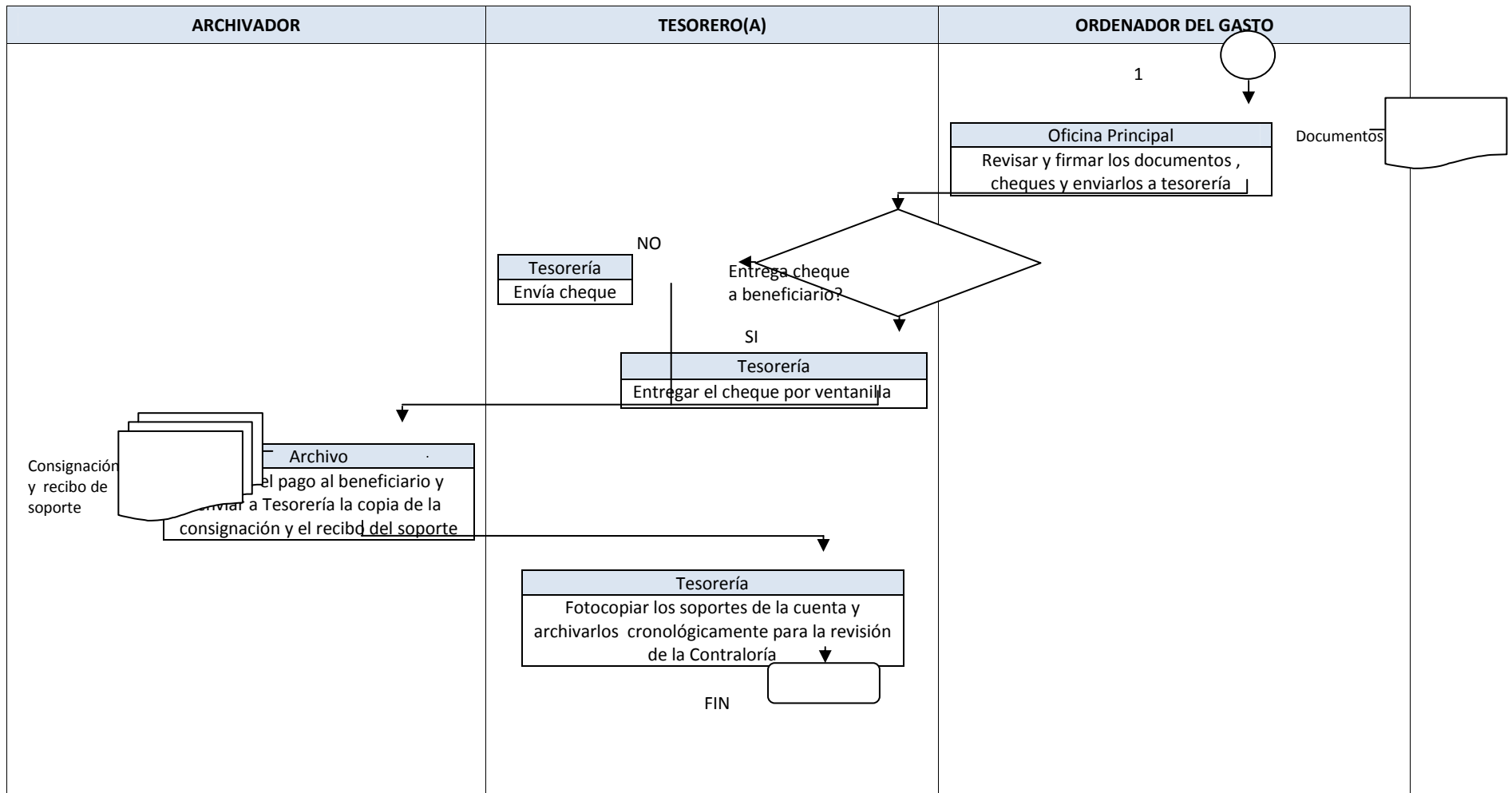
|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión de Recursos Financieros</b>  |   |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Administración de Recursos  |   |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Administrar los recursos financieros en forma eficiente, garantizando el cumplimiento oportuno de las obligaciones contraídas por la sede, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.  |   |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la entrega a tesorería de las solicitudes de pagos y termina con el archivo cronológico de los soportes de las cuentas.   |   |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Gerente General   |   |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Planeación Estratégica<br>-Contraloría<br>-Cumplimiento PUC, transacciones, flujos de operación balances contables y financieros e inversiones<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Solicitud y comprobante de egreso<br>-Plan numérico para asignar recursos y actividades<br>-Presupuestos para ingresos, gastos de capital, equipo y maquinaria, entre otros<br>-Información general sobre la sede, organización, estatutos y métodos operativos de la sede | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enviar a tesorería la solicitud de pagos con oficio anexos y soportes.</li> <li>2. Elaborar los ordenes de pago, se firma y se envía a la División de Contabilidad, para su causación.</li> <li>3. Revisar la razonabilidad contable de la operación, causa, firma de la orden de pago y la envía con sus anexos para visto bueno y firma del ordenador del gasto.</li> <li>4. Elaborar el comprobante de egreso y firma.</li> <li>5. Imprimir el cheque.</li> <li>6. Revisar y firmar los documentos y cheques y los envía a tesorería.</li> <li>7. Entregar el cheque al beneficiario por ventanilla o lo envía a archivo.</li> <li>8. Realizar el pago al beneficiario y envía a tesorería la copia de la consignación y el recibo del soporte.</li> <li>9. Fotocopiar los soportes de la cuenta y los archiva cronológicamente para la revisión de la Contraloría.</li> </ol> | -Comprobantes de soporte<br>-Registro de ajustes<br>-Registro de cierre<br>-Ordenes de pago<br>-Comprobante de egreso<br>-Emitir certificaciones, dictámenes e informes financieros sobre la sede<br>-Suministro de manera oportuna y adecuada de la documentación requerida por la Revisoría Fiscal | -Revisoría Fiscal<br>-Inspección sobre los libros de contabilidad y actas<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaría de Salud.<br>-Proveedores con los cuales se contrata en la sede<br>-Entidades reguladoras de la salud pública |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Coordinador Administrativo<br>• Profesional de Tesorería   | <b>INTERNOS:</b><br>-Orden de pago<br>-Comprobante de egreso  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Certificaciones, dictámenes e informes financieros   | <b>NORMA:</b><br>-CPN de 1991<br>Artículo 48 y 49  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 10 de 1990 "Reorganización del Sistema Nacional"  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>MT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>                                 |   | <b>Código:<br/>PR5E05</b>   |   |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>  |   |
|   | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |   |
|   |   |   |   | <b>Página: 33 de 281</b>  |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Equipo de oficina</li> <li>• Computadores</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cheque</li> <li>-Consignación</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 1000:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resolución 2181 de 2.008. "Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"</li> <li>-Resoluciones y Circulares procedimentales sobre la materia expedidas por la Contaduría, Tesorería, Presupuesto y Contraloría</li> <li>- Estatuto Tributario</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 100 de 1993 "Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Decreto de liquidación del Presupuesto Anual de Rentas, Gastos e Inversiones</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Provisión de Recursos"</li> <li>-Ley 136 de 1994 Provisión de Recursos"</li> <li>-Decreto 11 de 1996 Provisión de Recursos</li> </ul> |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Responsabilidad</li> <li>• Iluminación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recibo de soporte</li> </ul>                              |   |   |   |
| <b>INDICADORES:</b>   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |   |   |
| <u>Pasivo Total</u><br><br>Activo Total<br><br><u>Total Pasivo Con Terceros</u><br><br>Total De Activos   |   | Evaluar la capacidad y nivel de endeudamiento de la sede.   |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |






**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS**

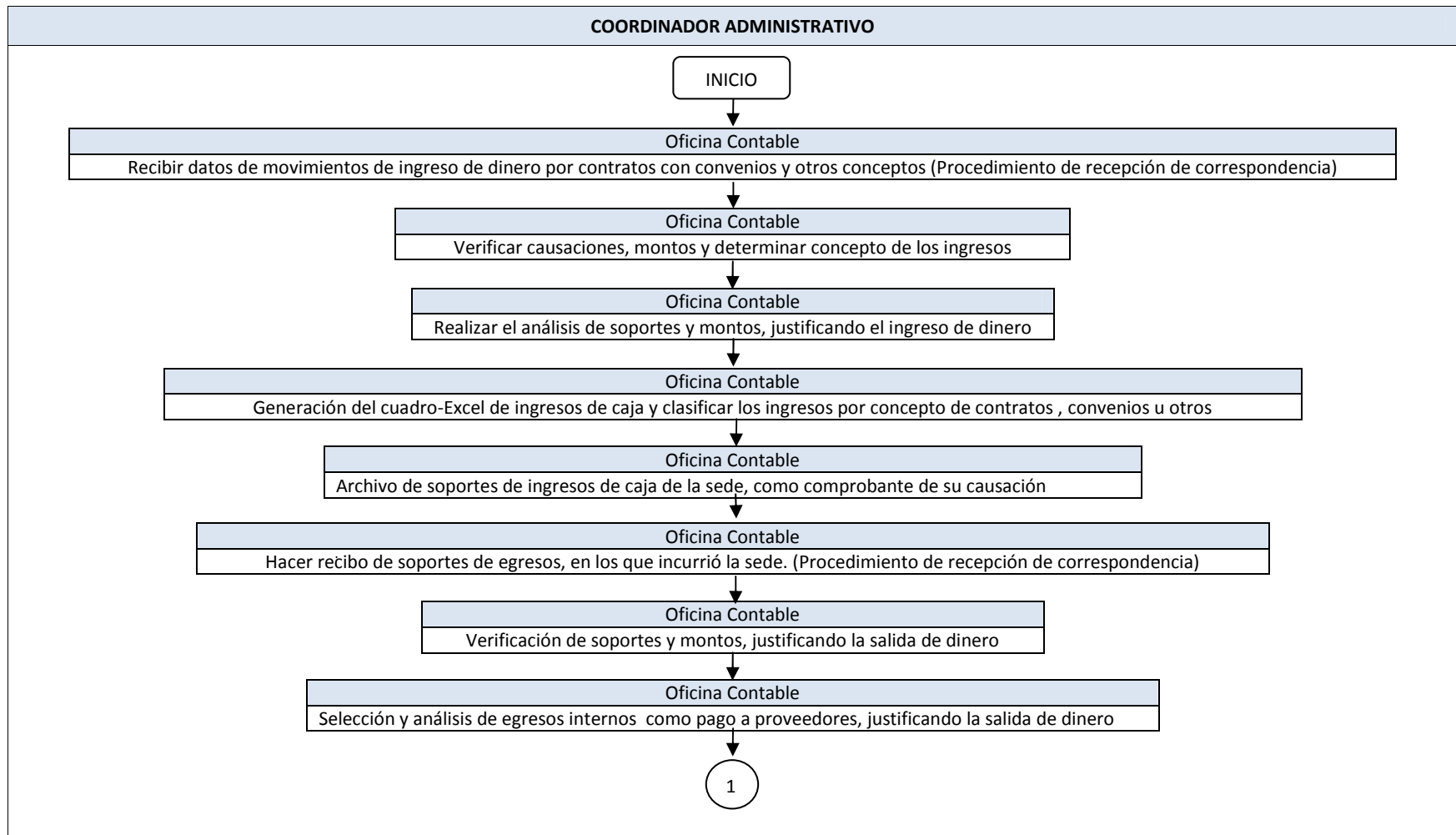




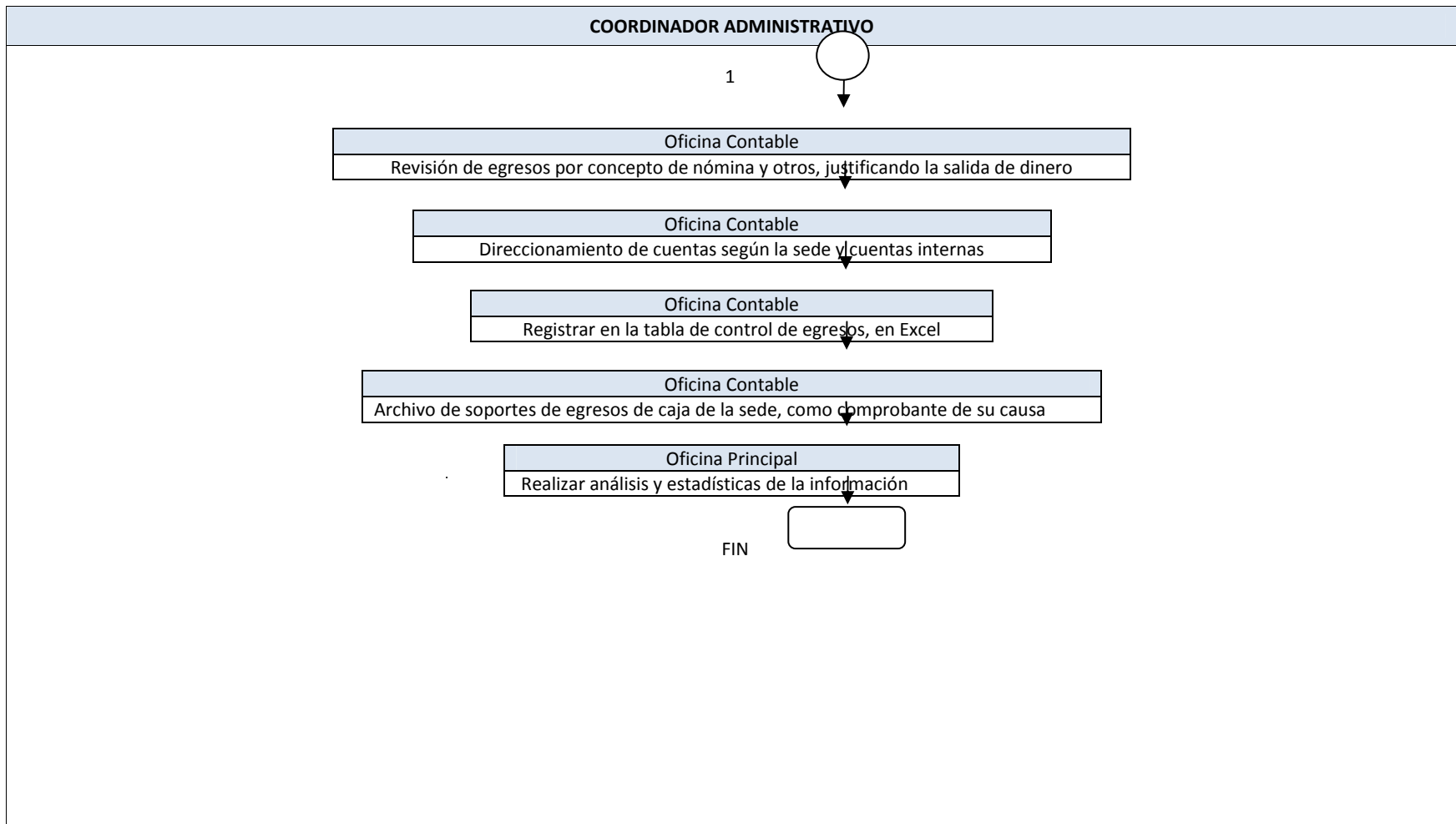
4. PROCESOS ESTRATÉGICOS

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión de Recursos Financieros</b>   |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Sistema Contable y de Costos   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Proporcionar a la sede un marco procedimental que servirá de guía para el desarrollo en forma integrada e interrelacionada de las actividades que conlleva al procedimiento de contabilidad y de costos.   |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con el registro de las cuentas de egreso y soportes, producto del desarrollo de actividades de prestación de servicios de salud, y la actividad termina con el archivo de soportes, como comprobante de causación de egreso de caja.                           |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Coordinador Administrativo   |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br><br>-Comunidad<br><br>-Recursos económicos<br><br>-Planeación estratégica<br><br>-Instrumentos de control y gestión<br><br>-Cumplimiento PUC, transacciones, flujos de operación balances contables y financieros e inversiones<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Cuadro-Excel de ingresos de caja<br><br>-Cuadro-Excel de egresos de caja<br><br>-Balance inicial<br><br>-Discriminación de gastos<br><br>-Volumen total de servicios facturados<br><br>-Información General sobre la sede, organización estatutos y métodos operativos de la sede | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir datos de movimientos de ingreso de dinero por contratos, copagos, convenios y otros conceptos (Procedimiento de recepción de correspondencia).</li> <li>2. Verificación de causaciones, montos y determina concepto de los ingresos.</li> <li>3. Análisis de soportes y montos, justificando el ingreso de dinero.</li> <li>4. Generación del cuadro-Excel de ingresos de caja y clasificación de los ingresos por concepto de contratos, copagos, convenios u otros.</li> <li>5. Archivo de soportes de ingresos de caja de la sede, como comprobante de su causación.</li> <li>6. Recibo de soportes de egresos, en los que incurrió la sede. (Procedimiento de recepción de correspondencia).</li> <li>7. Verificación de soportes y montos, justificando la salida de dinero.</li> <li>8. Selección y análisis de egresos internos como pago a proveedores y otros, justificando la salida de dinero.</li> <li>9. Revisión de egresos por concepto de nomina y otros, justificando la salida de dinero.</li> <li>10. Direccionamiento de cuentas según la sede y cuentas internas.</li> <li>11. Registro en la tabla de control de egresos, en Excel.</li> <li>12. Archivo de soportes de egresos de caja de la sede, como</li> </ol> | -Informes de ingresos de dinero por contratos<br><br>-Radicación de documentos<br><br>-Soporte de ingresos<br><br>-Informes de egresos<br><br>-informe final de la gestión financiera<br><br>-Acciones correctivas<br><br>-Estados financieros y análisis de los mismos<br><br>-Emitir certificaciones, dictámenes e informes financieros sobre la sede a la Revisoría Fiscal | -Revisoría Fiscal<br><br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.<br><br>-Proveedores con los cuales se contrata en la sede.<br><br>-Entidades reguladoras de salud pública. |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>  |   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |   |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Código:<br/>PR6E06</b>  |  |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
|  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>   |  | <b>Fecha:11/05/2009</b>  |  |
|  |   |  | <b>Página: 37 de 281</b>   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   |  |
|  |   | comprobante de su causa.<br><b>13.</b> Consolidación de ingreso y egreso de caja de la sede.<br><b>14.</b> Análisis y estadísticas de la información.    | -Suministro de documentos requeridos por las entidades reguladoras   |  |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador Administrativo</li> <li>• Profesional Presupuesto</li> <li>• Profesional Tesorería</li> <li>• Auxiliar Administrativo</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soportes de ingresos y de egresos</li> <li>-Excel de ingresos y de egresos</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contratos con entidades</li> <li>-Certificaciones, dictámenes e informes financieros</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CPN de 1991 Artículo 48 y 49</li> <li>-Resolución 2181 de 2.008." Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"</li> <li>-Resoluciones y Circulares procedimentales sobre la materia expedidas por la Contaduría, Tesorería, Presupuesto y Contraloría</li> <li>- Estatuto Tributario</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 100 de 1993"Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153</li> <li>-Ley 10 de 1990"Reorganización del Sistema Nacional"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Ley 152 de 1994</li> <li>" Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Decreto de liquidación del Presupuesto Anual de Rentas, Gastos e Inversiones</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Provisión de Recursos"</li> <li>-Ley 136 de 1994 Provisión de Recursos" Decreto 11 de 1996</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Equipo de oficina</li> <li>• Computadores</li> </ul>   |   |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Iluminación</li> </ul> |   |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |  |  |
| Valor Total Gastos en el Período<br><hr/> No. Equivalente Paciente Día Producidos en el Período<br><hr/> Ingreso de la Sede en el Período<br><hr/> Egreso de la Sede en el Período   |   | Medir el Costo del paciente día<br><br>Medir la capacidad que tiene la sede para cancelar sus obligaciones.  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>   |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |  |




**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO SISTEMA CONTABLE Y DE COSTOS**





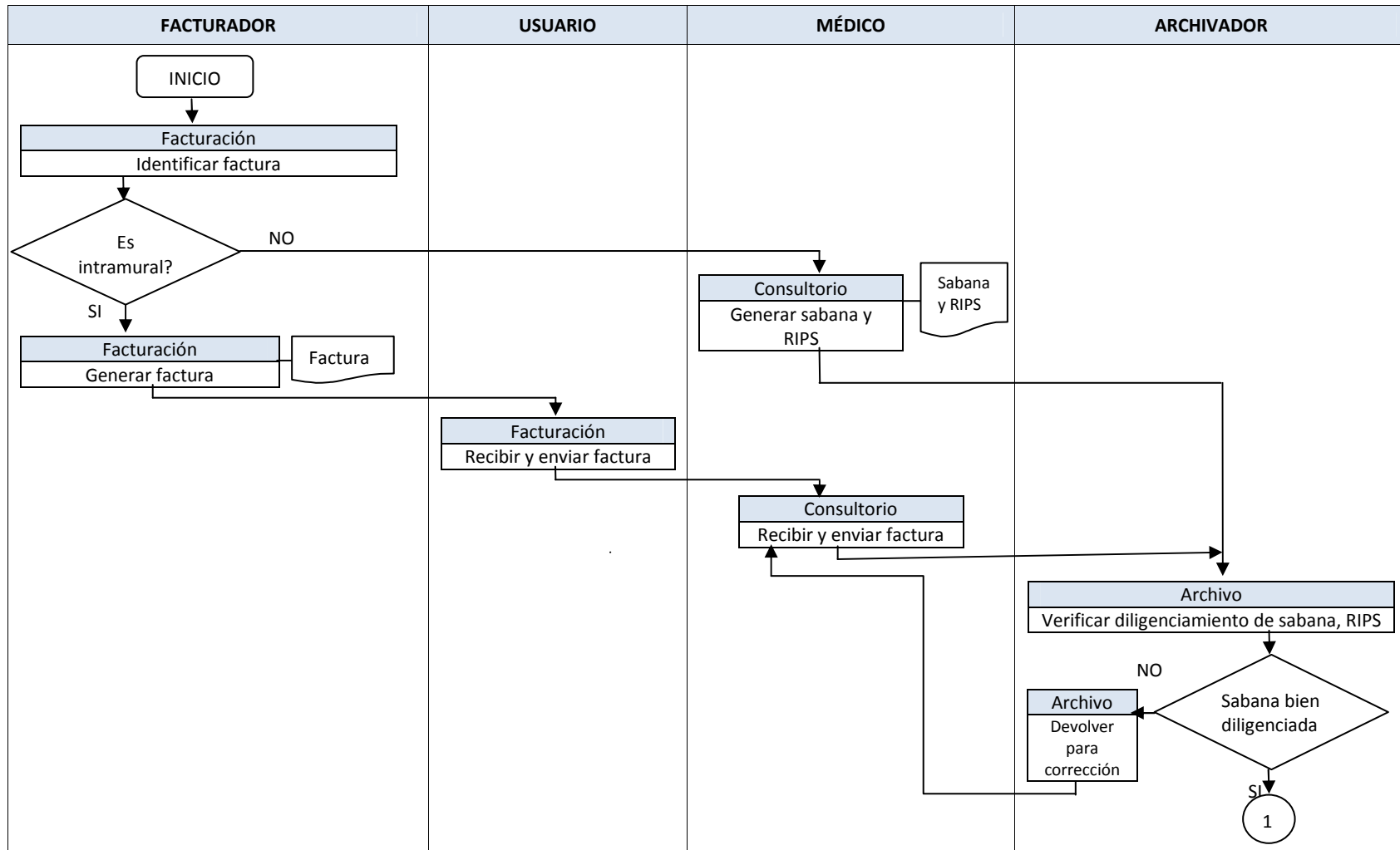
**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

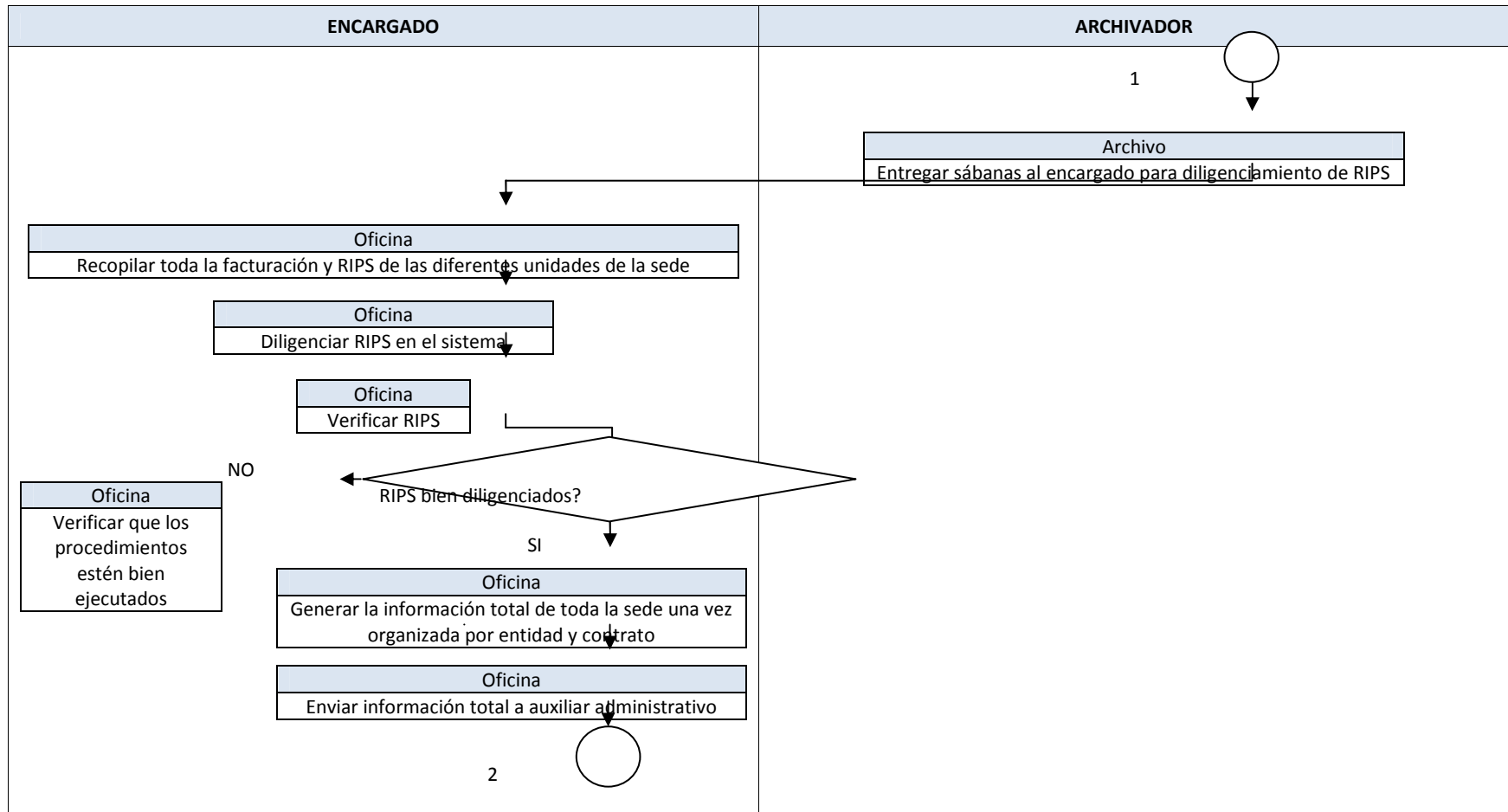
|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión de Recursos Financieros</b>   |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Facturación y Cartera  |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Realizar procedimientos encaminados a la eficiente facturación de los servicios asistenciales vendidos por la sede para entregar oportunamente las facturas con todos sus soportes de una forma que garantice un trámite oportuno de pago y cartera. |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la solicitud del carnet y documento de identificación del usuario y termina con el envío de la información a la secretaría de salud.   |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Auxiliar Administrativo  |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Cumplimiento PUC, transacciones, flujos de operación balances contables y financieros e inversiones<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Estadísticas<br><br>-Base de datos<br><br>-Información General sobre la sede, organización estatutos y métodos operativos de la sede  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facturas extramurales, seguir con el paso 2, de lo contrario seguir al paso 4.</li> <li>2. Generación de factura.</li> <li>3. Entrega de factura al médico.</li> <li>4. Diligenciamiento de sábana y genera RIPS.</li> <li>5. Entrega de RIPS por el personal médico a personal de archivo.</li> <li>6. Verificación del diligenciamiento de sábana.</li> <li>7. Si las sábanas están bien diligenciadas, seguir con el paso siguiente, de lo contrario se devuelve la sábana al personal médico para su corrección.</li> <li>8. Entrega de todas las sábanas al encargado para diligenciamiento de RIPS.</li> <li>9. Recopilar toda la facturación y RIPS de las diferentes unidades de la sede.</li> <li>10. Diligenciamiento de RIPS en sistemas.</li> <li>11. Verificar los RIPS.</li> <li>12. Si está bien diligenciada, seguir con el paso 13, de lo contrario verificar que los procedimientos estén bien ejecutados.</li> <li>13. Generar la información total de toda la sede, una vez organizada por entidad y contrato.</li> <li>14. Envío de toda la información al auxiliar administrativo.</li> <li>15. Liquidar cuentas por entidad con sus soportes.</li> <li>16. Realizar el procedimiento de recaudo con las entidades correspondientes.</li> <li>17. Toma de base de datos de la sede.</li> </ol> | -RIPS<br><br>-Recolección, procesamiento y generación de informes de toda la facturación<br><br>-Emitir certificados, dictámenes e informes financieros sobre la sede | -Revisoría Fiscal<br>" Inspección sobre los libros de contabilidad y actas"<br><br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.<br><br>-Proveedores con los cuales se contrata en la sede |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|   |                 |  |   |  |  |
|---|-----------------|--|---|--|--|
|    |                 | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR7E07</b>  |  |
|   |                 | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |   | <b>Edición: 01</b>   |  |
|   |                 |  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |
|   |                 |  |   | <b>Página: 41 de 281</b>   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>   |   | <b>SALIDAS</b>   |  |
|   |                 | <b>18.</b> Sistema genera factura integrada del período correspondiente.<br><b>19.</b> Sacar estadísticas de toda la productividad de la sede. |   | -Entidades reguladoras de la salud pública   |  |
| <b>RECURSOS</b>   |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar Administrativo</li> <li>Facturador</li> </ul>   |                 | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Factura</li> <li>-Bases de datos</li> <li>-RIPS</li> </ul>                            | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contratos con entidades</li> <li>-Certificados, dictámenes e informes financieros</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CPN de 1991 Artículo 48 y 49</li> <li>-Resolución 2181 de 2.008." Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"</li> <li>-Resoluciones y Circulares procedimentales sobre la materia expedidas por la Contaduría, Tesorería, Presupuesto y Contraloría</li> <li>- Estatuto Tributario</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 100 de 1993"Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153</li> <li>-Ley 10 de 1990"Reorganización del Sistema Nacional"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Decreto de liquidación del Presupuesto Anual de Rentas, Gastos e Inversiones</li> <li>-Ley 152 de 1994, Ley 136 de 1994 y Decreto 11 de 1996 "Provisión de Recursos"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina</li> <li>Equipo de oficina</li> </ul>  |                 |  |   |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación eficaz</li> <li>Manejo de información</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Iluminación</li> </ul> |                 |  |   |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>   |                 |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |  |  |
| $\frac{\text{No. de Facturas Perfectas}}{\text{No. Total de Facturas Generadas}} \times 100$  |                 |  | Medir el porcentaje de facturas bien diligenciadas.   |  |  |
| $\frac{\text{No. de Facturas Generadas}}{\text{Promedio Cartera}}$  |                 |  | Rotación de Cartera.  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |                 | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |                 | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |

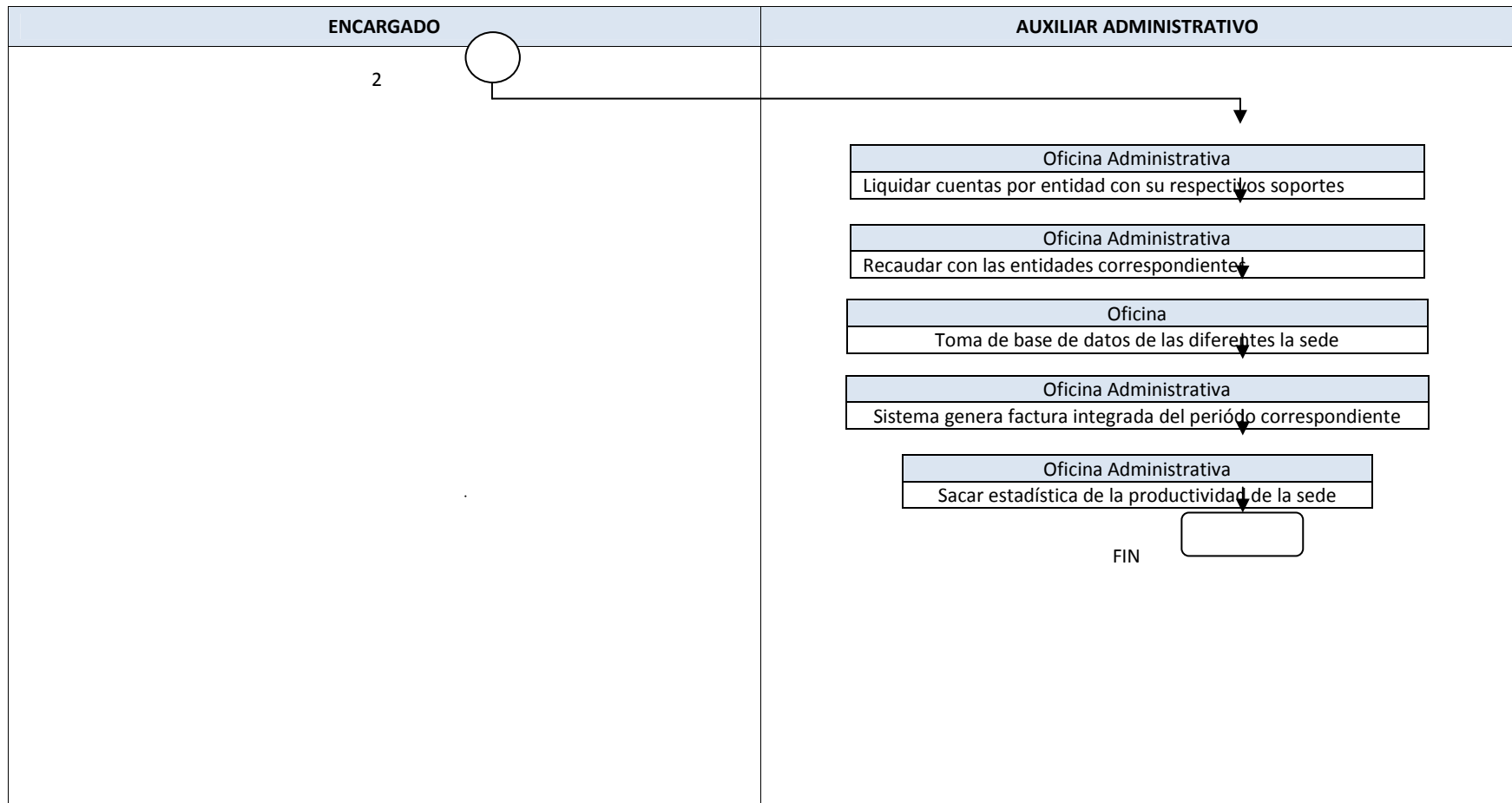


**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO FACTURACIÓN Y CARTERA**






**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO FACTURACIÓN Y CARTERA**

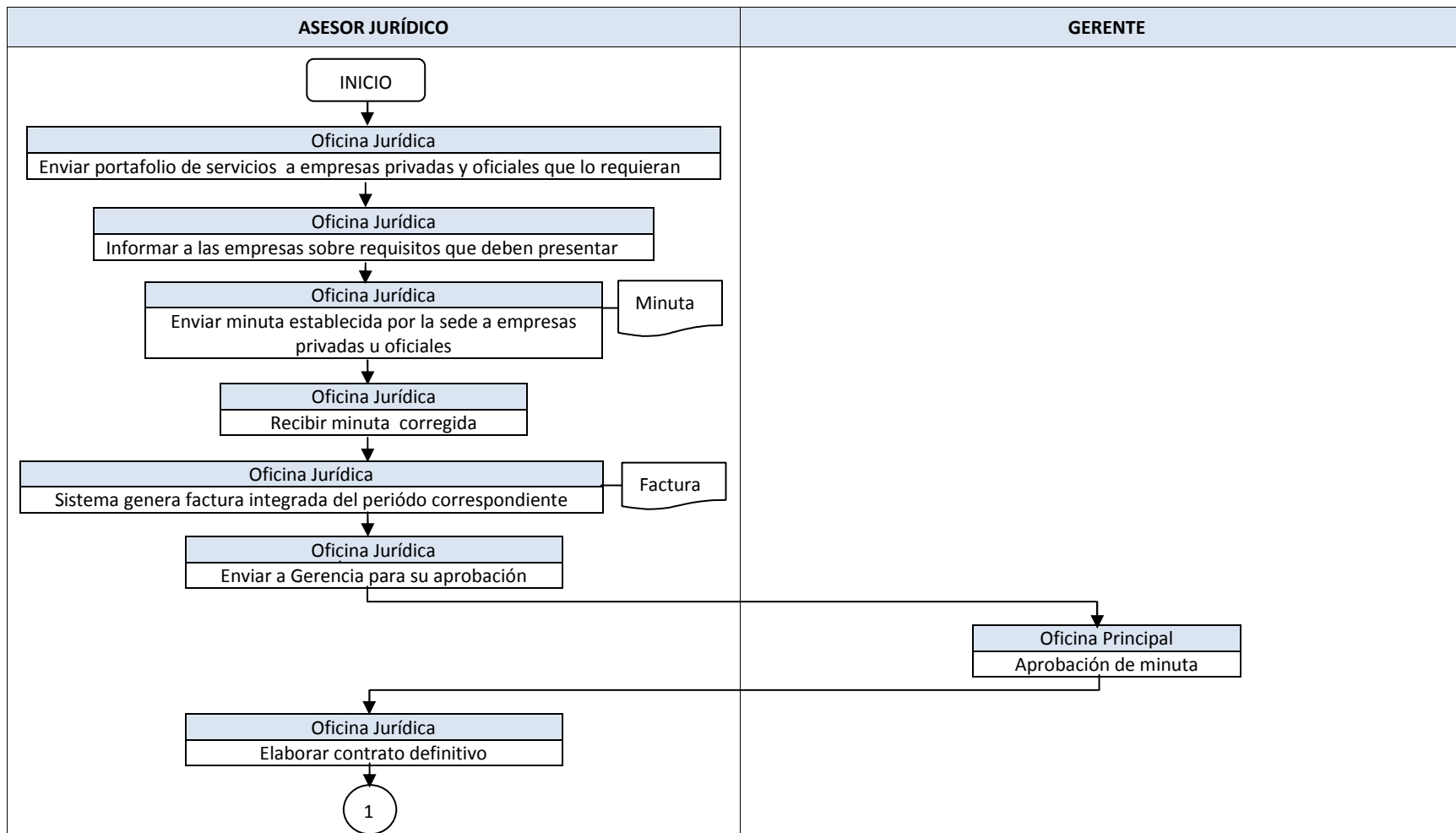




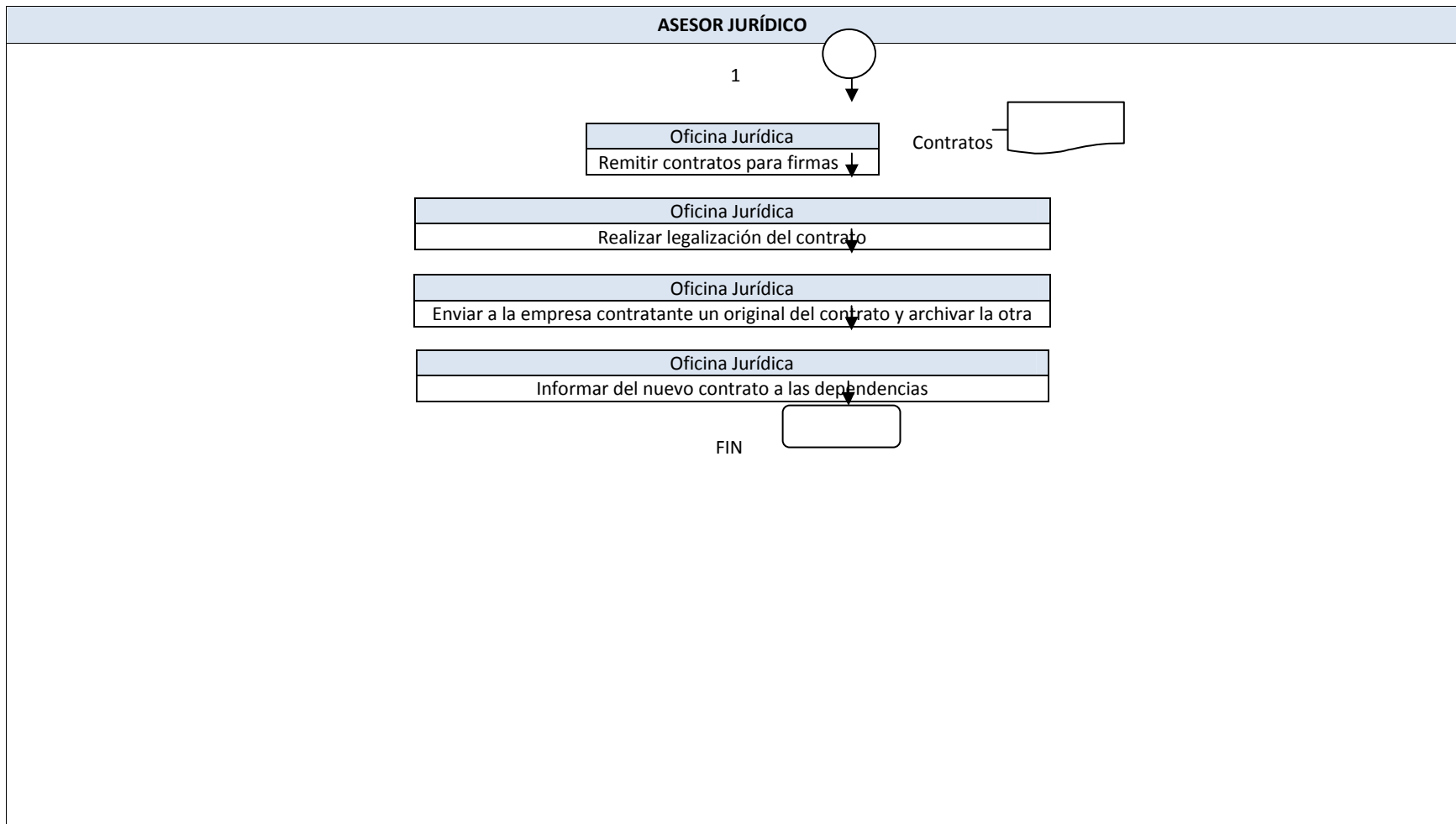
4. PROCESOS ESTRATÉGICOS

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión Judicial y de Control</b>  |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Legalización de Contratos   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Realizar un procedimiento eficiente con todas las empresas proveedoras con las que la sede tiene contratos según las leyes y normas públicas vigentes.  |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con el envío del portafolio de servicios a las empresas proveedoras interesadas y termina con informar el nuevo contrato a todas las dependencias de la sede.   |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Asesor Jurídico   |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> <li>-Plan Organizacional de la sede</li> <li>-Presupuestos</li> <li>-Información general de todas las áreas de la sede</li> <li>-Gestión Organizacional de la sede</li> <li>-Control de Gestión</li> <li>-Sistema de Control Interno en las Entidades de Salud del Estado</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Portafolio de Servicios de la sede</li> <li>-Procedimiento envió de correspondencia</li> <li>-Listado de empresas proveedoras</li> <li>-Minuta</li> <li>-Leyes y reglamentos jurídicos para contratos en el sector de la salud</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enviar portafolio de servicios a empresas privadas y oficiales que lo requieran.</li> <li>2. Informar a las empresas sobre requisitos que deben presentar.</li> <li>3. Enviar minuta establecida por la sede a empresas privadas u oficial.</li> <li>4. Recibir minuta corregida</li> <li>5. Enviar a Gerencia para su aprobación.</li> <li>6. Elaborar contrato definitivo</li> <li>7. Remitir contratos para firmas.</li> <li>8. Realizar legalización del contrato</li> <li>9. Enviar a la empresa contratante un original del contrato y archivar la otra.</li> <li>10. Informar del nuevo contrato a las dependencias de la sede.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Portafolio de servicios de la sede en empresas.</li> <li>-Minuta de la sede en empresas</li> <li>-Minuta corregida</li> <li>-Aprobación de minuta</li> <li>-Contrato</li> <li>-Legalización de contratos</li> <li>-Archivo de contrato</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados: Subsidados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> <li>-Proveedores con los cuales se contratan en la sede</li> <li>-Entidades reguladoras de la salud pública</li> </ul> |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 9001415729</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>                             |   | <b>Código:<br/>PR8E08</b>  |   |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
|   | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>   |   | <b>Fecha:11/05/2009</b>  |   |
|   |   |   |  | <b>Página: 46 de 281</b>  |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asesor Jurídico</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contrato</li> <li>-Minuta</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos para la legalización de contratos de salud</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 1000:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>División Jurídica</li> </ul>   |   |   |  |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación eficaz</li> <li>Manejo de información</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Iluminación</li> </ul> |   |   |  |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Contratos Aprobados}}{\text{No. Total de Contratos}} \times 100$   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Medir la capacidad de aprobación de contratos.  |  |   |
| No. Total de contratos que ingresan en el mes menos (-)<br>No. de contratos emitidos mas (+) contratos pendientes<br>En el período anterior   |   |   |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS**



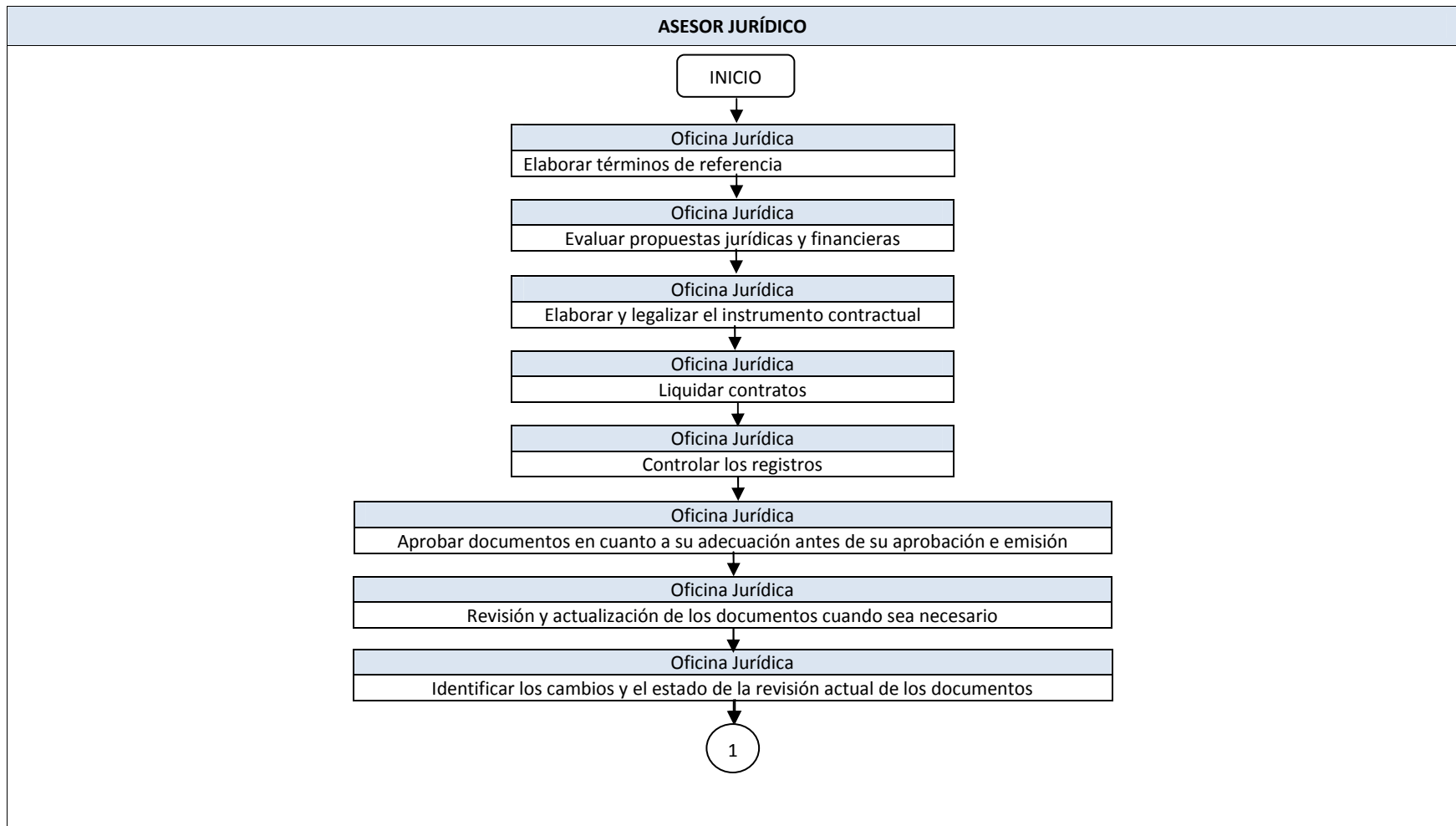


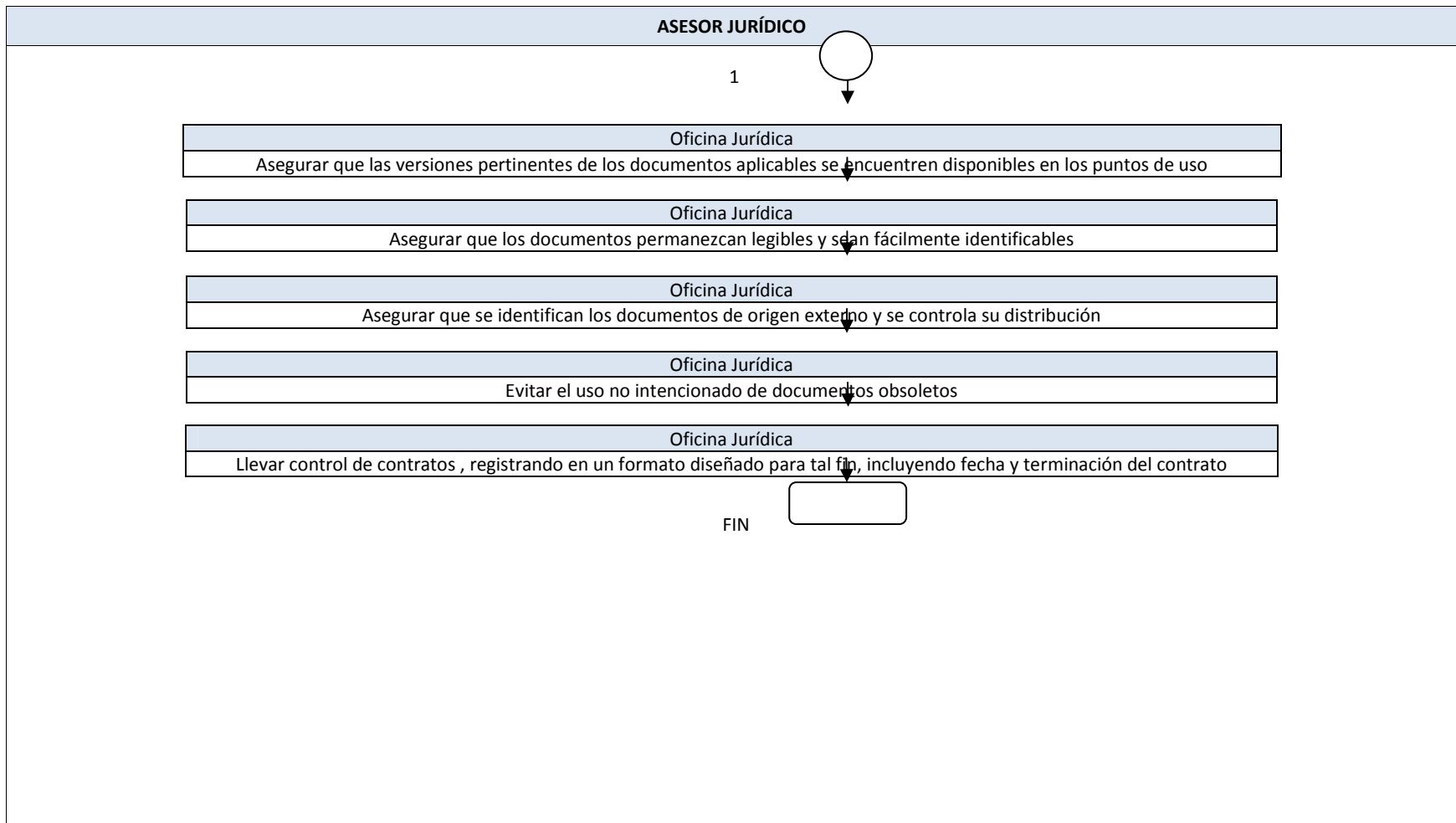
4. PROCESOS ESTRATÉGICOS

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión Judicial y de Control</b>   |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Representación y Asesoría Judicial   |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Brindar un adecuado y oportuno asesoramiento en todas las operaciones de tipo legal y jurídico en las que incurren la sede, con el fin de desarrollar eficientemente sus actividades judiciales y legales. |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la elaboración de términos de referencia y termina con la liquidación de contratos.  |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Asesor Jurídico  |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social<br><br>-Plan Organizacional de la sede<br><br>-Presupuestos<br><br>-Información general de todas las áreas de la sede<br><br>-Gestión Organizacional de la sede<br><br>-Control de Gestión<br><br>-Sistema de Control Interno en las Entidades de Salud del Estado<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud | - Propuestas jurídicas y financieras<br><br>-Contratos<br><br>-Procedimiento de legalización de contratos<br><br>-Control de documentos<br><br>-Requisitos legales y reglamentarios                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar términos de referencia.</li> <li>2. Evaluar propuestas jurídicas y financieras.</li> <li>3. Elaborar y legalizar el instrumento contractual.</li> <li>4. Liquidar contratos.</li> <li>5. Aprobar documentos en cuanto a su adecuación antes de su aprobación y emisión.</li> <li>6. Revisión y actualización de los documentos cuando sea necesario.</li> <li>7. Identificar los cambios y el estado de la revisión actual de los documentos.</li> <li>8. Legalización de propiedades.</li> <li>9. Controlar demandas.</li> <li>10. Representar y asesorar legalmente a la sede.</li> <li>11. Asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso.</li> <li>12. Asegurar que los documentos permanezcan legibles y sean fácilmente identificables.</li> <li>13. Asegurar que se identifiquen los documentos de origen externo y se controle su distribución.</li> <li>14. Evitar el uso no intencionado de documentos obsoletos.</li> <li>15. Llevar control de contratos, registrando en un formato deseado para tal fin, incluyendo fecha y terminación del contrato.</li> </ol> | -Términos de referencia<br><br>-Liquidación de contratos<br><br>-Archivo de registros<br><br>-Documentos actualizados | -Comunidad<br><br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial<br><br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.<br><br>-Proveedores con los cuales se contrata en la sede<br><br>-Entidades reguladoras de la salud pública |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |



|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900341572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |   | <b>Código:<br/>PR9E09</b>   |  |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>  |  |
|   | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>                                   |   | <b>Fecha:11/05/2009</b>   |  |
|   |   |   |   | <b>Página: 50 de 281</b>   |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                       |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asesor Jurídico</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b><br>-Contratos                                    | <b>EXTERNOS:</b><br>-Propuestas jurídicas y financieras   | <b>NORMA:</b><br>-Modelo NTCGP 1000:2004<br><br>-Principios NTCGP 1000:2004 | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud" |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>División Jurídica</li> </ul>   |   |   |   |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación efectiva</li> <li>Manejo de información</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Iluminación</li> </ul> |   |   |   |  |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Asesorías y Asistencias Satisfactorias}}{\text{No. de Asesorías y Asistencias Realizadas}} \times 100$<br>$\frac{\text{No. de Documentos Direccionados Correctamente}}{\text{No. de Documentos Recibidos}} \times 100$   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Porcentaje de asesorías y asistencias satisfactorias brindadas a favor de la sede.<br><br>Porcentaje de documentos direccionados correctamente. |   |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                    |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |






**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Gestión Judicial y de Control</b>  |  |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Implementación y Evaluación de Control Interno  |  |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Garantizar que todas las actividades, operaciones, actuaciones, recursos y administración de la información, se realicen de acuerdo al cumplimiento de los principios que rigen la función pública y en atención a las metas u objetivos previstos por la sede. |  |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la definición de políticas de calidad y termina con recomendaciones para la mejora continua.  |  |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Asesor Jurídico   |  |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Plan Organizacional de la sede<br><br>-Contabilidad<br><br>-Presupuestos<br><br>-Estadísticas<br><br>-Información general de todas las áreas de la sede<br><br>-Gestión Organizacional de la sede<br><br>-Control de Gestión<br><br>-Sistema de Control Interno en las Entidades de Salud del Estado<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | - Manuales de funciones<br><br>-Pasivos, patrimonio, gastos, egresos, etc.<br><br>-Sistema contable, financiero de planeación de información y de sus operaciones<br><br>-Información financiera, económica, estadística, informes de labores de personal       | <ol style="list-style-type: none"> <li>Planificación de la política de operación de calidad.</li> <li>Establecer periódicamente objetivos de calidad claros y concretos que puedan ser medibles y cuantificables para controlarlos.</li> <li>Rediseñar la estructura organizacional, con un organigrama flexible y simple, con definición clara de funciones, responsabilidades, autoridad, objetivos y compromisos individuales y en grupo en todas las áreas de la sede.</li> <li>Elaborar, renovar, mejorar y evaluar permanentemente los Manuales de Procedimientos de todas las áreas y actividades de la sede.</li> <li>Elaborar, actualizar, mejorar y evaluar permanentemente los manuales de funciones de todos y cada uno de los funcionarios que laboran en las diferentes áreas de la sede.</li> <li>Administrar adecuadamente el Talento Humano de la sede, mediante el establecimiento de políticas previas de selección, orientación, inducción, capacitación y remuneración salarial apropiadas y ajustadas, así como sus prestaciones sociales, reconocimiento de méritos y de apoyo o motivación, condiciones y suministro de elementos e instrumentos de trabajo esenciales, suficientes y adecuado.</li> </ol> | -Evaluación independiente del sistema<br><br>-Evaluación de las oportunidades de mejora<br><br>-Mejora Continua<br><br>- Mecanismos de verificación y evaluación<br><br>-Política de personal motivadora<br><br>-Adecuada cobertura de servicios y personas | -Comunidad<br><br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial<br><br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaría de Salud. ejército<br><br>-Funcionarios de la sede |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |



**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   | SALIDAS  |
|--|--|---|--|
|  | <p>-Sistemas de información interna y externa</p> <p>-Estructura básica de la sede</p> | <p>Además de una obligatoria disciplina y con el señalamiento de sanciones por su incumplimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Organizar un Sistema de Control de Gestión, para evaluar la calidad, eficiencia, eficacia, economía y efectividad de la sede, mediante el manejo de indicadores e índices de todas las actividades y áreas de la sede para observar como ésta reacciona por ejemplo ante las emergencias de los usuarios, el manejo que se les dá para su correspondiente análisis y toma de decisiones correctivas.</li> <li>8. Aplicar en la sede toda la exigencia e integridad la Ley 87 de 1993, en desarrollo de la Constitución Política y sus diferentes directrices.</li> <li>9. Utilizar y aplicar en forma integral, en todas las actividades y áreas de la sede, la Planeación.</li> <li>10. Reestructurar o crear la Oficina Evaluadora del Sistema de Control Interno en la sede o designar a la persona encargada, para que cumpla las labores de apoyo y consultoría que le impuso la ley, con la asesoría necesaria a la dirección y a los funcionarios para la aplicación y mejoramiento del sistema de Control Interno y de gestión en la sede.</li> <li>11. Organizar en la sede el Comité Coordinador y Evaluador del Sistema de Control Interno.</li> <li>12. Diseñar y establecer medidas de protección y seguridad de orden preventivo en la sede, para cada uno de sus procedimientos y actividades con el fin de que se manejen adecuadamente.</li> <li>13. Elaborar Planes de Trabajo o Programas de Autoevaluación o de Auditoría en la sede, para realizar las valoraciones, monitoreo de los diferentes procesos y determinar los posibles correctivos.</li> <li>14. Elaborar informe final y presentarlo a la dirección.</li> <li>15. Fijar indicadores de gestión.</li> <li>16. Análisis de los informes de las auditorías internas.</li> <li>17. Estudio de las acciones correctivas y preventivas realizadas e implantadas.</li> <li>18. Resultados de las acciones derivadas de revisiones anteriores.</li> <li>19. Recomendaciones para la mejora del sistema de gestión de la calidad y sus procesos, la mejora del servicio con relación a los requisitos del cliente.</li> </ol> | <p>-Informes operativos, administrativos y financieros de la sede</p> <p>-Mejora del sistema de calidad y sus procesos</p> <p>-Mejora del servicio con relación a los requisitos del usuario</p> <p>-Aumento de la satisfacción de los requisitos establecidos por el usuario</p> <p>-Actas e informes</p> |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantés Administración de Empresas |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |

|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR10E10</b>   |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  |   | <b>Edición: 01</b>   |  |
|  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |
|  |  |   |  | <b>Página: 55 de 281</b>   |
| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |   | REQUISITOS APLICABLES  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asesor Jurídico</li> <li>Gerente Ese Surorienté</li> <li>Personal Administrativo</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estructura organizacional</li> <li>-Manual de procesos</li> <li>-Manuales de funciones</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 1000:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CPN de 1991. Artículo 48 y 49</li> <li>-Decreto 357 de 2.008. Reglamentación, evaluación y reelección de los Gerentes o Directores de las ESE.</li> <li>-Resolución 473 de 2.008. " Metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las ESE"</li> <li>-Resolución 2181 de 2.008. " Guía aplicativa del SOGC</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 100 de 1993 "Marco Actual Sistema de Seguridad Social". Artículo 153"</li> <li>-Ley 10 de 1990 "Reorganización del Sistema Nacional"</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Ley 152 de 1994 " Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"</li> <li>-Ley 872 de 2003 "Sistema de Gestión de la Calidad" Constitución Política de Colombia (Arts. 209 y 269) y desarrollado por la Ley 87 de 1993</li> <li>-Ley 489 de 1998 dispuso la creación del Sistema Nacional de Control Interno</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>División Jurídica</li> <li>Equipos y Tecnología</li> <li>Computadores</li> </ul>  |  |   |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Mejora continua</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación efectiva</li> <li>Manejo de información</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Iluminación</li> <li>Confiablez</li> </ul> |  |   |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |  |  |
| <u>No. de Acciones Implementadas</u>   |  | Cumplimiento de los objetivos de calidad, según la modalidad del servicio.  |  |  |
| <u>No. de Hallazgos Encontrados</u>  |  |   |  |  |
| <u>No. de Objetivos de Calidad Logrados</u>  |  |   |  |  |
| <u>No. de Objetivos de Calidad Propuestos</u>  |  |   |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>  |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |  |



**FORMATOS**

**Informe de Evaluaciones Eventuales Independientes de Control Interno**

**COMPONENTE:** Evaluación Independiente

**ELEMENTO:** Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno

**PERÍODO:**

**FECHA DE ELABORACIÓN:**

| Proceso Evaluado | Área Organizacional Responsable | Elemento de Control Evaluado | Evaluación de Control Interno | Debilidades Encontradas | Acciones de Mejoramiento Acordadas | Seguimiento | Evaluación de Control Interno Después del Seguimiento |
|------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------|---|
|                  |                                 |                              |                               |                         |                                    |             |   |
|                  |                                 |                              |                               |                         |                                    |             |   |

**ELABORÓ:**

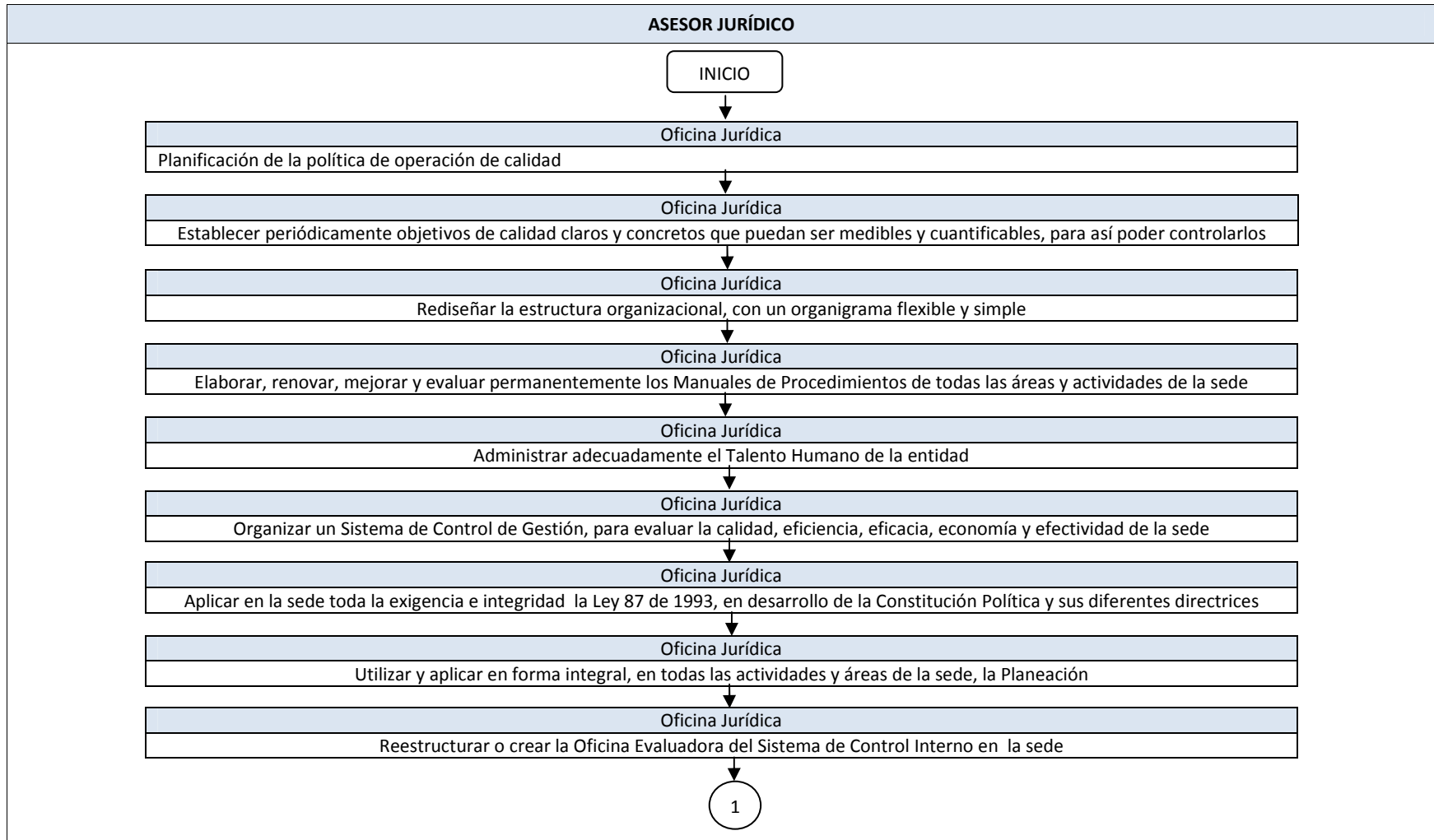
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantés Administración de Empresas

**REVISÓ:**

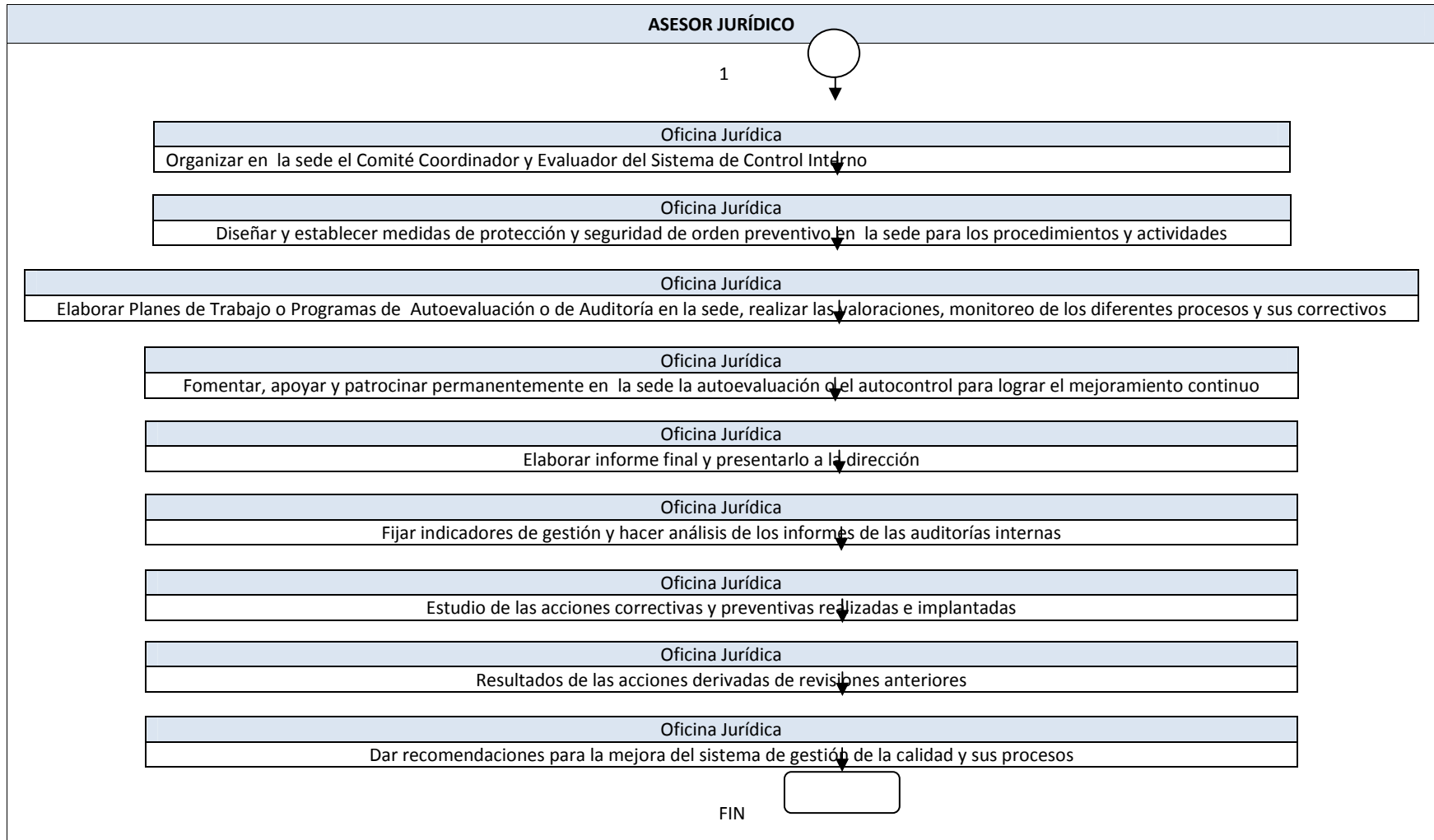
Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente







**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

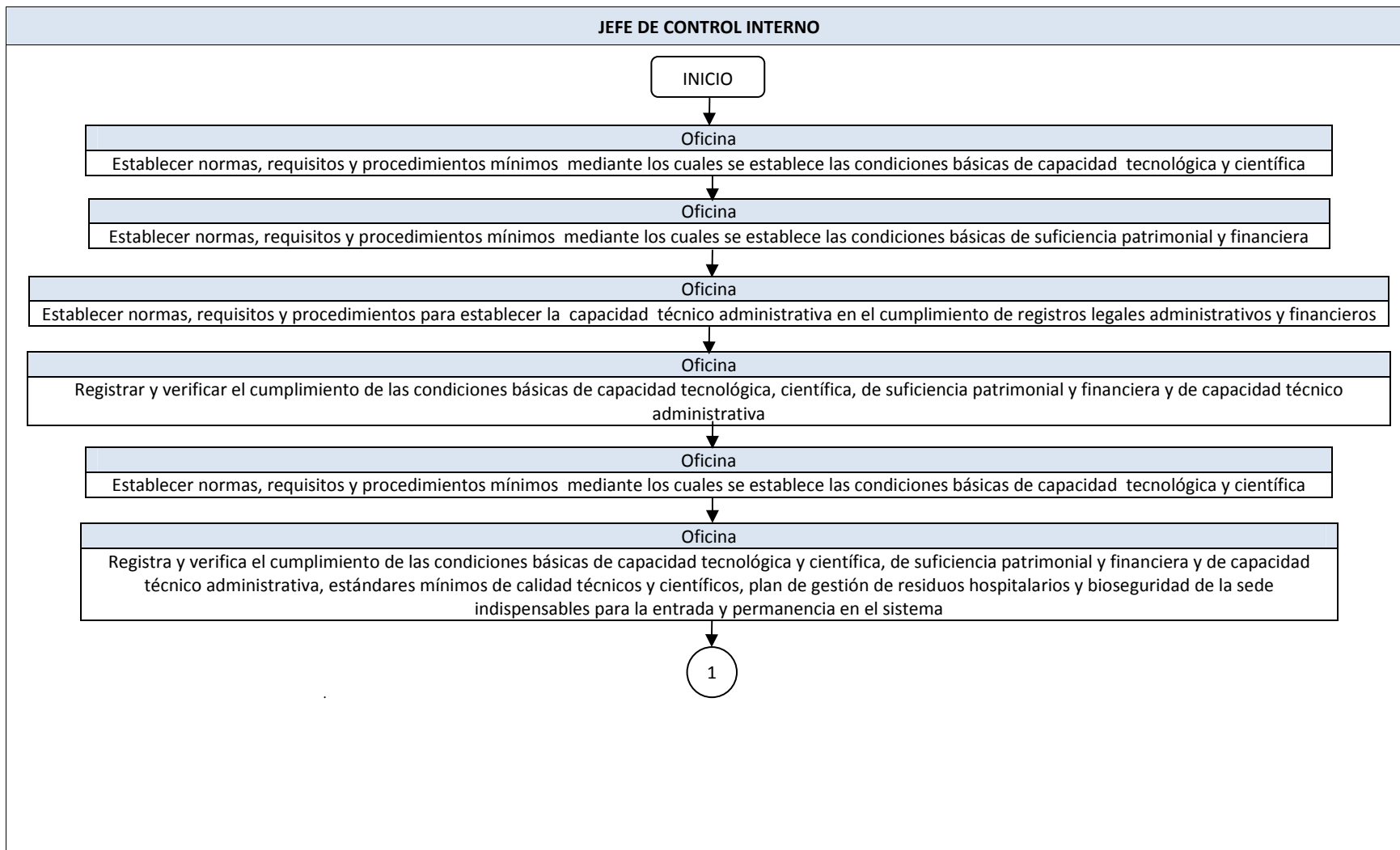
|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad</b>  |   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Habilitación   |   |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Evaluar el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, con el fin de garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios y poder así entrar y permanecer en sistema. |   |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la definición de normas y procedimientos para las condiciones básicas y termina con la verificación de cumplimiento de las mismas.   |   |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Jefe de Control Interno  |   |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Departamento<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica de calidad<br>-Sistema de Gestión de la Calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo de la calidad<br>-Sistema Único de Habilitación<br>-Sistema de Seguridad Social Integral<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Ministerio de Protección Social<br>-Direcciones Seccionales de Salud | -Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales de salud pública<br>-Plan de acción de la revisión del SGC por la dirección<br>-Requisitos de SGC<br>-Estructura básica de la sede  | <b>1.</b> Establecer normas, requisitos y procedimientos mínimos mediante los cuales se establece las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científicas en temáticas de recursos humanos, concesiones y mantenimiento de instalaciones físicas, su dotación y mantenimiento, procesos asistenciales prioritarios (Historias Clínicas y sus registros clínicos, interdependencias de servicios, referencia de pacientes, seguimiento a riesgos, plan de gestión de residuos hospitalarios y bioseguridad de la sede.<br><b>2.</b> Establecer normas, requisitos y procedimientos mínimos, mediante los cuales se establece las condiciones básicas de suficiencia patrimonial y financiera que posibiliten la estabilidad financiera de la sede en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo.<br><b>3.</b> Establecer normas, requisitos y procedimientos mínimos mediante los cuales se establece la capacidad técnico administrativa en el cumplimiento de registros legales administrativos y financieros (Estados financieros y contabilidad)<br><b>4.</b> Registro y verificación del cumplimiento de las condiciones | -Mejora del sistema de calidad y sus procesos<br>-Mejora del servicio con relación a los requisitos del usuario<br>-Aumento de la satisfacción de los requisitos establecidos por el usuario<br>-Revisión de los procesos mediante criterios definidos<br>-Actas e informes | -Entes de Control<br>-Todos los procesos<br>-Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social<br>-Superintendencia Nacional de Salud |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |



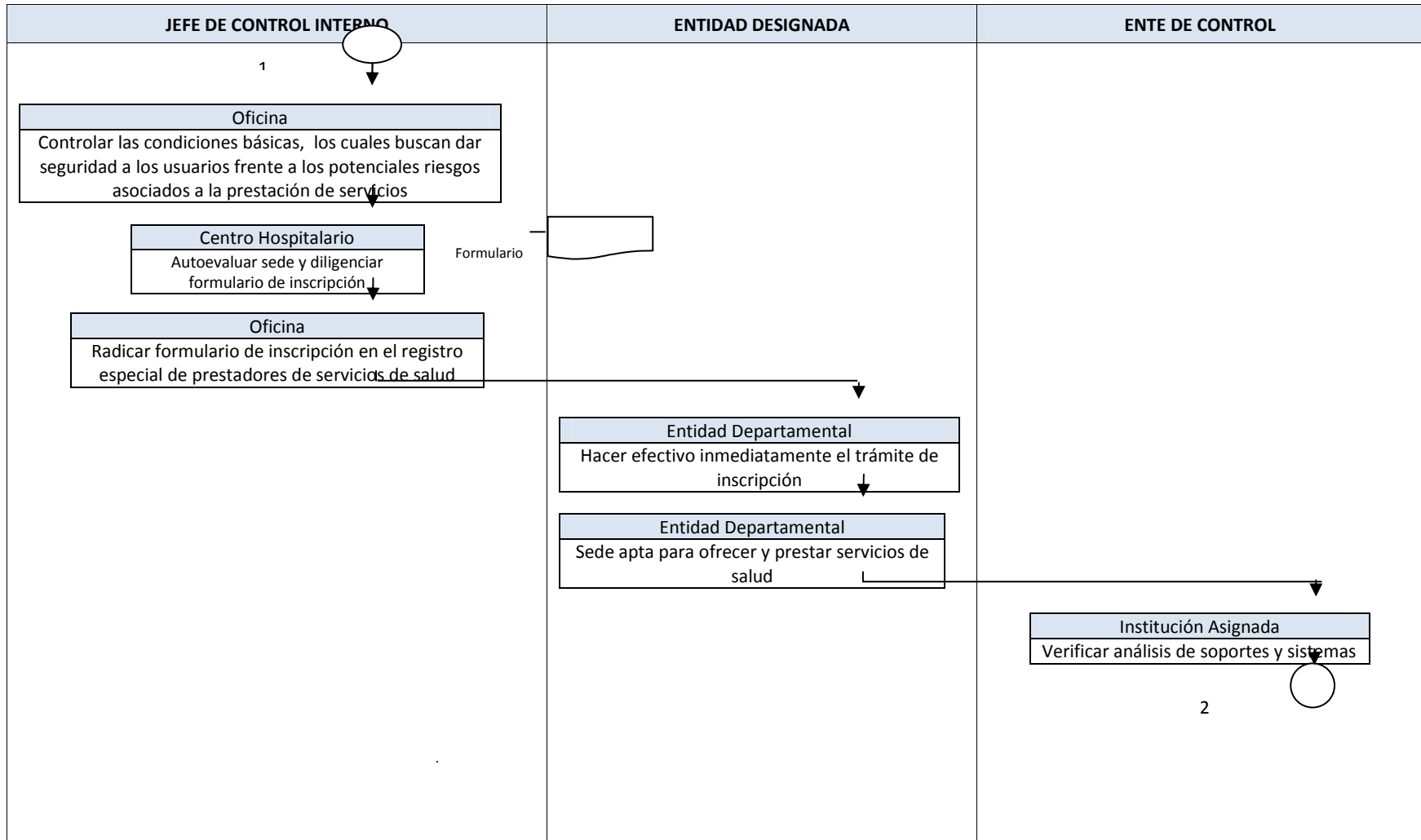
**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS  | ACTIVIDADES  |  |  | SALIDAS |
|--|---|--|--|--|---------|
|  |   | <p>básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, estándares mínimos de calidad técnicos y científicos, plan de gestión de residuos hospitalarios y bioseguridad de la sede, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Controlar las condiciones básicas, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios.</li> <li>6. La sede se autoevalúa y diligencia formulario de inscripción.</li> <li>7. Radica formulario de inscripción en los registros especiales y prestadores de servicios de salud.</li> <li>8. La entidad departamental o distrital hace efectiva de forma inmediata el trámite de inscripción.</li> <li>9. Sede apta para ofrecer y prestar servicios de salud.</li> <li>10. Institución asignada verifica análisis de soportes y sistemas.</li> <li>11. Institución Departamental o distrital de salud certifica.</li> <li>12. Institución prestadora pública reporta y certifica</li> </ol> |  |  |         |
| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  | REQUISITOS APLICABLES  |  |  |         |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Asistencial</li> <li>• Personal Administrativo</li> </ul>   | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Política de calidad</li> <li>-Plan para el logro de objetivos de calidad</li> <li>-Manual de calidad</li> </ul> | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 1000:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul>   | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4110 de 2004 " Por la cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública"</li> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Resolución 1474 y en su anexo técnico, donde se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación</li> </ul> | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 872 de Diciembre 30 del 2003" Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Resolución 660 de 25 de febrero de 2008 "Reglamentación de la prestación de los servicios de Interventora del Régimen Subsidiado, se determinan las condiciones de habilitación para las entidades interventoras, se señalan los parámetros generales para la realización del concurso de méritos, y se dictan otras disposiciones.", en su Artículo 10 Procedimiento para la habilitación</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |         |
| <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas</li> <li>• Equipo de oficina</li> <li>• Computadores e impresora</li> </ul>   |   |  |  |  |         |
| <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Mejora continua</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación efectiva</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Responsabilidad</li> </ul> |   |  |  |  |         |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>Informe del estudio de las condiciones básicas de habilitación, Plan de mejoramiento elaborado y acciones preventivas o correctivas producto del seguimiento.</p>  |   |  | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Medir el diagnóstico actual de la sede</p>  |  |         |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |         |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amarís<br>Gerente  |         |

**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO HABILITACIÓN**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO HABILITACIÓN**





**ESE SURORIENTE  
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

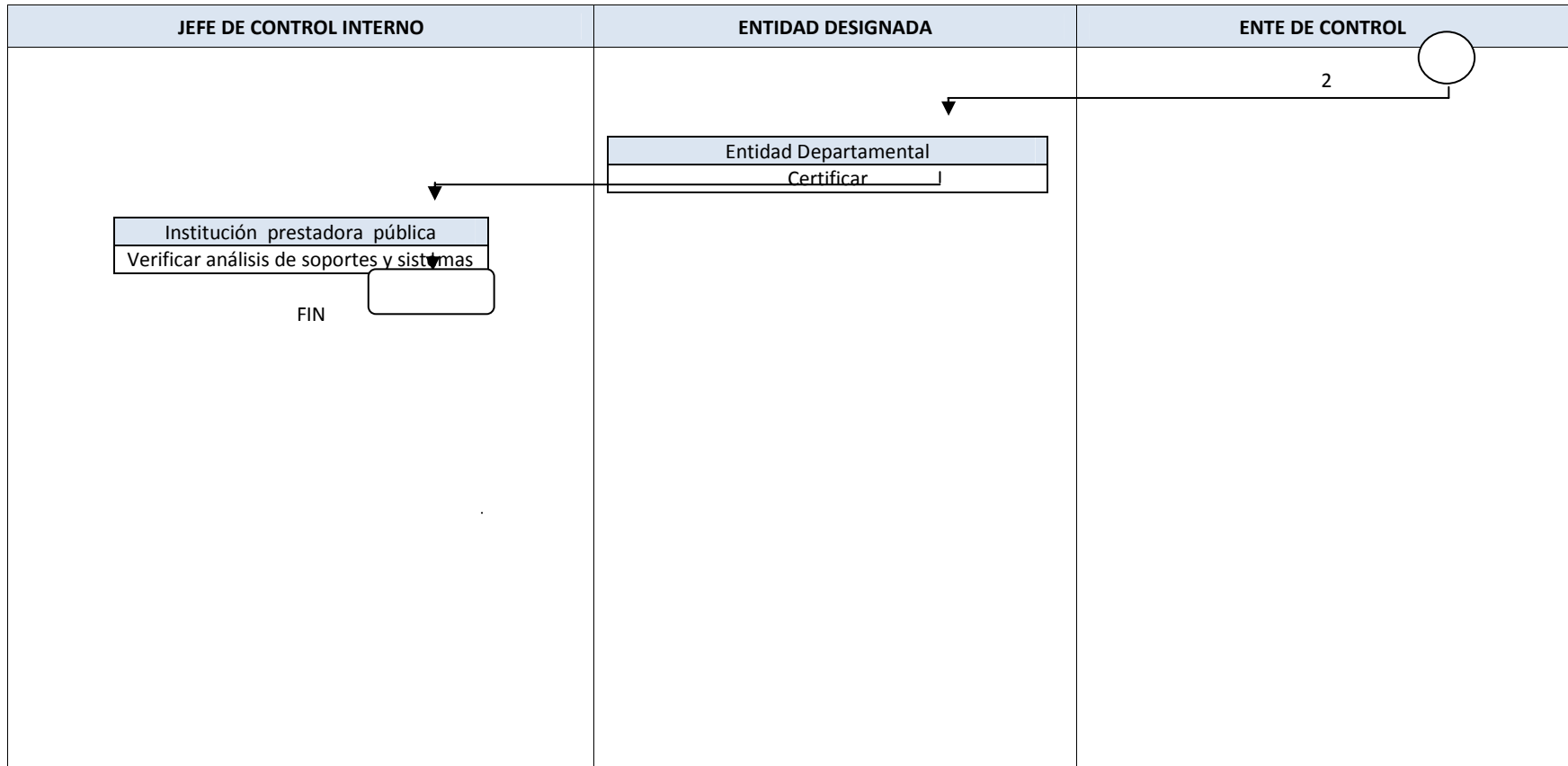
**Código: PR11E11**


**Edición: 01**


**Fecha: 11/05/2009**

**Página: 63 de 281**

**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO HABILITACIÓN**



|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>MTC. 90141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE</b><br><b>MANUAL DE PROCESOS Y</b><br><b>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:</b><br><b>PR12E12</b>   |   |
|  |  |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
| <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|  |  |   | <b>Página: 64 de 281</b>   |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad</b>  |   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Auditoría en Calidad   |   |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Realizar un examen sistemático, continuo, objetivo e independiente de evaluación y mejoramiento de la calidad de los procesos, actividades, operaciones, resultados y capacidad de la gestión de la sede principal La Vega, para cumplir eficazmente con los requerimientos legales contractuales, requisitos del sistema de gestión de calidad y del modelo con el fin de obtener la certificación o reconocimiento esperados de la atención de salud que reciben los usuarios. |   |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la programación de la auditoría y termina con el seguimiento de la auditoría.  |   |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Jefe de Control Interno  |   |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica de calidad<br>-Sistema de Gestión de la Calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo de la calidad<br>-Sistema de Seguridad Social Integral<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Ministerio de Protección Social<br>-Direcciones Seccionales de Salud | -Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales de salud pública<br>-Plan de acción de la revisión del SGC por la dirección<br>-Requisitos de SGC<br>-Estructura básica de la sede<br>-Descripción del servicio<br>-Estándares y regulaciones   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programación de la auditoría (Responsabilidades, procedimientos, políticas e implementación.</li> <li>2. Planeación de la auditoría (Definición de objetivos, alcance, criterios de auditoría, procesos, procedimientos, planes y programas).</li> <li>3. Definir los criterios e indicadores de calidad por cada EPS a evaluar en la auditoría.</li> <li>4. Determinar la viabilidad de la auditoría.</li> <li>5. Preparación de las actividades de la auditoría en el sitio.</li> <li>6. Realizar seguimiento y auditoría de Historias Clínicas en consulta médica general, urgencias y hospitalización.</li> <li>7. Efectuar selección de registros clínicos de usuarios atendidos.</li> <li>8. Revisar, analizar y calificar los procesos asistenciales.</li> <li>9. Preparación, aprobación y distribución del informe.</li> <li>10. Convocar al comité de auditoría médica.</li> <li>11. Realización de las actividades en el sitio (informar al departamento del servicio correspondiente los resultados.</li> <li>12. Terminación de la auditoría.</li> <li>13. Seguimiento de la auditoría.</li> <li>14. Conservación y archivo de de los documentos.</li> </ol> | -Actas e informes de hallazgos de la auditoría<br>-Análisis de información<br>-Diferencias /conformidad o no conformidad<br>-Acción correctiva y/o preventiva<br>-Conclusiones de la auditoría<br>-Informe final de auditoría<br>-Archivo de documentos de auditoría<br>-Mejora del servicio con relación a los requisitos del usuario<br>- Aumento de la satisfacción de los requisitos establecidos por el usuario<br>-Revisión de los procesos mediante criterios definidos | -Entes de Control<br>-Organización o persona que solicita una auditoría |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente                                     |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |  | <b>Código:<br/>PR12E12</b>   |   |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |   |
|  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>                                   |  | <b>Fecha:11/05/2009</b>  |   |
|  |   |  |  | <b>Página: 65 de 281</b>  |
| <b>RECURSOS</b>  |   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de Control Interno</li> <li>• Gerente ESE Surorienté</li> </ul>  |   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato lista de chequeo</li> </ul>       | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4110 de 2004 " Por la cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública "</li> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7" Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas</li> <li>• Equipo de oficina</li> <li>• Computadores e impresora</li> </ul>  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de calidad</li> <li>-Política de calidad</li> </ul> |  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 872 de Diciembre 30 del 2003" Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul>  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Mejora continua</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación constructiva de resultados</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Responsabilidad</li> <li>• Conocimiento y habilidad</li> <li>• Iluminación</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan para el logro de objetivos de calidad</li> </ul>      |  |   |
| <b>INDICADORES:</b>  |   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |   |
| No. de Entidades que Consideran Positiva la Calidad del Servicio de la Sede<br><hr/> No. de Entidades Pertenecientes a la Sede<br><hr/> No. de Acciones Implementadas<br><hr/> No. de Hallazgos Encontrados  |   |  | Medir los servicios de la sede y logros de objetivos de calidad.   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |



**FORMATOS**

**Lista de Chequeo**

|                                     |                     |                    |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>FECHA DE AUDITORÍA:</b>          |                     |                    |
| <b>PROCESO Y ÁREA DE AUDITORÍA:</b> |                     |                    |
| <b>CRITERIO:</b>                    |                     |                    |
| <b>Aspecto a Verificar</b>          | <b>Cumple Si/No</b> | <b>Comentarios</b> |
|                                     |                     |                    |
| <b>ASPECTOS A VERIFICAR:</b>        |                     |                    |
|                                     |                     |                    |

**ELABORÓ:**

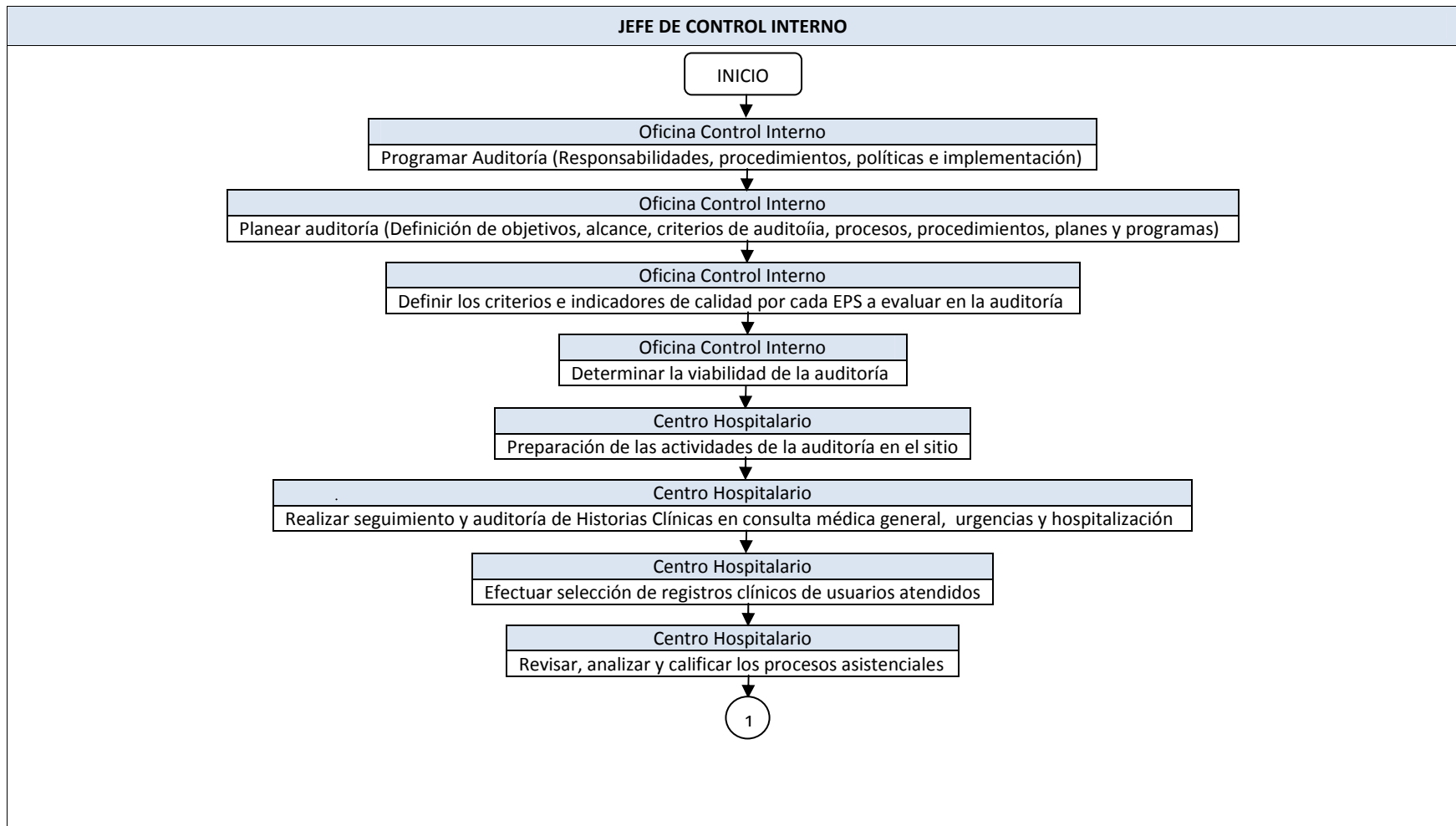
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
 Pasantes Administración de Empresas

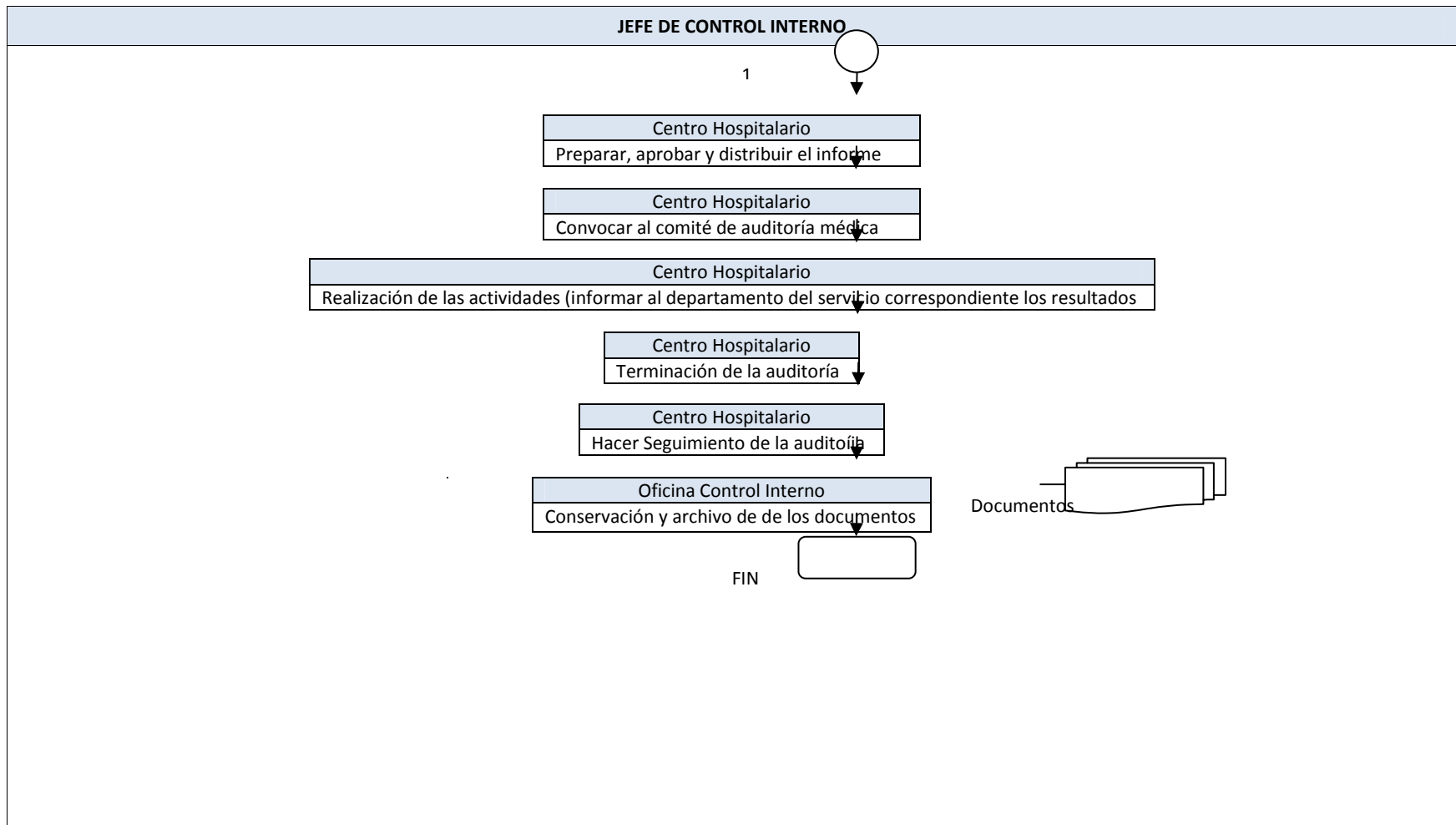
**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
 Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
 Gerente








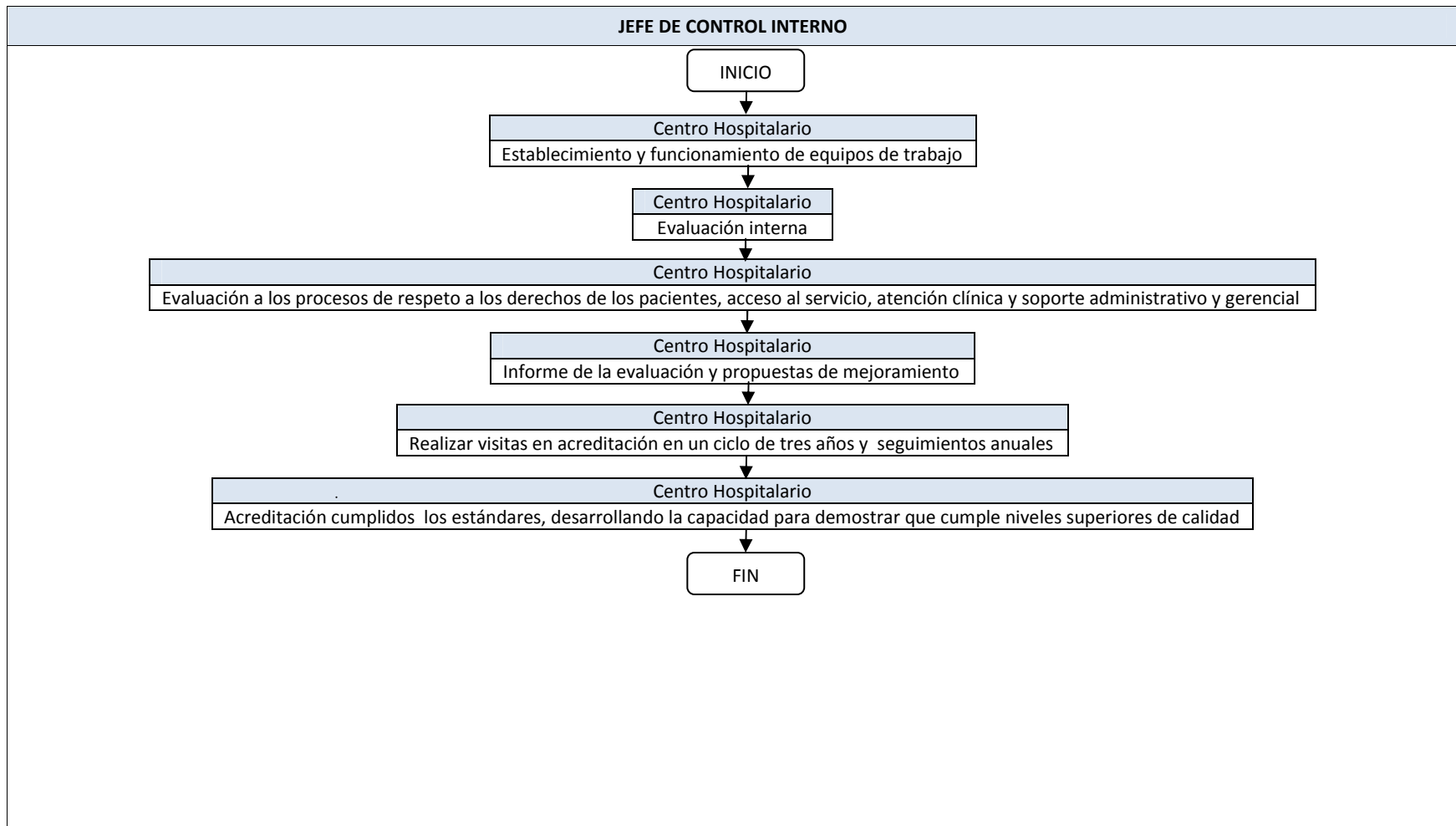
**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**


|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad</b>   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Acreditación  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Mejorar en la sede la calidad en la prestación de los servicios de salud a la comunidad, mediante actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de la sede, teniendo en cuenta aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | La actividad inicia con la definición y funcionamiento de equipos de trabajo y termina con la definición de propuestas de mejoramiento.   |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Jefe de Control Interno   |

| PROVEEDORES  | ENTRADAS   | ACTIVIDADES  | SALIDAS   | CLIENTES  |
|--|--|--|---|---|
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica de calidad<br>-Sistema de Garantía de la Calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo de la calidad<br>-Sistema de Seguridad Social Integral<br>-Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Ministerio de Protección Social<br>-Entidades Departamentales y Distritales de Salud<br>-Entidades Municipales de Salud<br>-Superintendencia Nacional de Salud | -Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales de salud pública<br>-Plan de acción de la revisión del SGC por la dirección<br>-Requisitos de SGC<br>-Lineamientos para hacer mas eficiente y efectivo el proceso de autoevaluación<br>-Equipos de trabajo<br>-Estructura básica de la sede | 1. Establecer equipos de trabajo.<br>2. Evaluación interna de los procesos de la sede.<br>3. Evaluación a los procesos de derechos de acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial.<br>4. Informe de la evaluación.<br>5. Propuestas de mejoramiento.<br>6. Preparación para visitas de acreditación en un ciclo de tres años con seguimientos anuales.<br>7. Acreditación de la entidad cumpliendo los estándares, desarrollando la capacidad para demostrar que cumple niveles superiores de calidad. | - Fortalezas y oportunidades de mejoramiento<br>-Presentación ante la entidad acreditadora para ser evaluados y optar a recibir el título de "acreditado en salud"<br>-Mejora del sistema de calidad y sus procesos<br>-Mejora del servicio con relación a los requisitos del usuario<br>-Aumento de la satisfacción de los requisitos establecidos por el usuario<br>-Revisión de los procesos mediante criterios definidos<br>-Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características<br>Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad. | -Entes de Control<br>-Ministerio de Salud<br>-ICONTEC |

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE</b><br><b>MANUAL DE PROCESOS Y</b><br><b>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:</b><br><b>PR13E13</b>   |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
|  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b><br><b>Página: 70 de 281</b>   |  |
| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |  | REQUISITOS APLICABLES  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Control Interno</li> <li>Gerente ESE Surorienté</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Política de calidad</li> <li>-Plan para el logro de objetivos de calidad</li> <li>-Manual de calidad</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. "Proceso integral de acreditación de entidades de salud de Colombia"</li> <li>-Decreto 4110 de 2004 "Por la cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública"</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 "Calidad de la Atención en Salud"</li> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 "Calidad de la Atención en Salud"</li> <li>-Resolución 1474 y en su anexo técnico, donde se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación</li> <li>-Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, Ministerio de la Protección Social. "Concurso de Méritos MPS-03-2003 que designa al ICONTEC, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA)"</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 872 de Diciembre 30 del 2003" Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad</li> <li>-Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 "Creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficinas</li> <li>Equipo de oficina</li> <li>Computadores e impresora</li> </ul>  |  |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Mejora continua</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación efectiva</li> <li>Manejo de información</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Iluminación</li> </ul> |  |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b><br>Evaluación Obtenida<br><hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Evaluación Programada  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Medir la evaluación obtenida frente a la programada.   |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |



|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR14E14</b>  |   |
|  |  |  | <b>Edición: 01</b>  |   |
| <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |   |
| <b>Página: 72 de 281</b>   |  |  |   |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad</b>  |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Seguimiento, Control y Análisis de Datos   |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Registrar todos los datos de la sede donde intervienen sus servidores públicos con el fin de realizar el seguimiento, medición y análisis de la información, permitiéndole estar siempre atenta a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con los usuarios, garantizar la coordinación de las acciones y la fluidez de la información y comunicación, para anticipar y corregir, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer de la sede. |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la recolección de la información y termina con las propuestas de mejoramiento continuo.  |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Gerente General  |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica de calidad<br>-Sistema de Gestión de la Calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo de la calidad<br>-Sistema de Seguridad Social Integral<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Ministerio de Protección Social<br>-Direcciones Seccionales de Salud | -Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales de salud pública<br>-Plan de acción de la revisión del SGC por la dirección<br>-Requisitos de SGC<br>-Estructura básica de la sede  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar los procesos asistenciales y administrativos.</li> <li>2. Monitorizar el manejo de los programas de PyP que se encuentra a cargo de los auxiliares.</li> <li>3. Recolección de toda la información concerniente a la satisfacción del cliente y proveedores, la conformidad de los requisitos del servicio, incluyendo la oportunidad para llevar a cabo acciones preventiva, entre otras.</li> <li>4. Análisis de toda la información anterior.</li> <li>5. Si son acciones correctivas seguir con el paso 4 y si son acciones preventivas seguir con el paso 10.</li> <li>6. Registrar y revisar las no conformidades.</li> <li>7. Determinar las causas de las no conformidades.</li> <li>8. Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades sucedan nuevamente.</li> <li>9. Establecer e implementar acciones.</li> <li>10. Registrar los resultados de las acciones tomadas.</li> <li>11. Realizar mejora continua a través de los resultados de la auditoría interna, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.</li> <li>12. Registrar y revisar las posibles no conformidades potenciales.</li> <li>13. Determinar las causas de las posibles no conformidades potenciales.</li> <li>14. Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades potenciales no sucedan</li> </ol> | -Mejora del sistema de calidad y sus procesos<br>-Mejora del servicio con relación a los requisitos del usuario<br>-Aumento de la satisfacción de los requisitos establecidos por el usuario<br>-Revisión de los procesos mediante criterios definidos<br>-Actas e informes | -Entes de Control<br><br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |



**4. PROCESOS ESTRATÉGICOS**

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |  | REQUISITOS APLICABLES  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Control Interno</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de calidad</li> <li>-Política de calidad</li> <li>-Plan para el logro de objetivos de calidad</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4110 de 2004 " Por la cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública"</li> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7. Calidad de la Atención en Salud</li> <li>-Decreto 1011 de 2006. Calidad de la Atención en Salud</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 872 de Diciembre 30 del 2003" Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficinas</li> <li>Equipo de oficina</li> <li>Computadores e impresora</li> </ul>  |  |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Mejora continua</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia profesional</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación efectiva</li> <li>Manejo de información</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Iluminación</li> </ul> |  |  |  |  |

| INDICADORES:  | INTERPRETACIÓN:                      |
|---|--------------------------------------|
| <p>No. de Procesos Mejorados</p> <hr/> <p>No. de Procesos Documentados</p> <hr/> <p>No. número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la sede</p> <hr/> <p>No. Total de pacientes encuestados por la sede</p> | <p>Medir la tasa de satisfacción</p> |

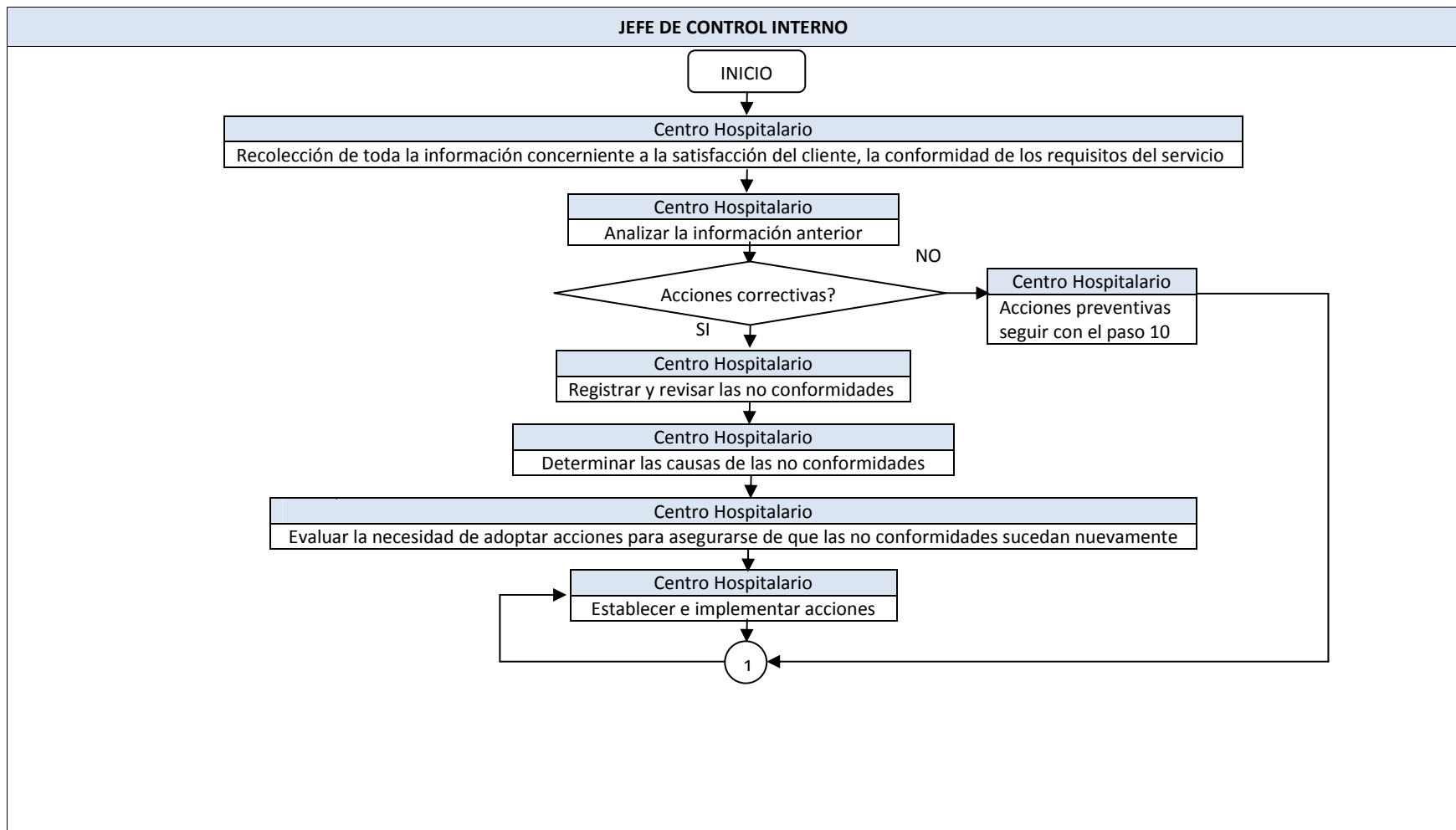
**FORMATOS**

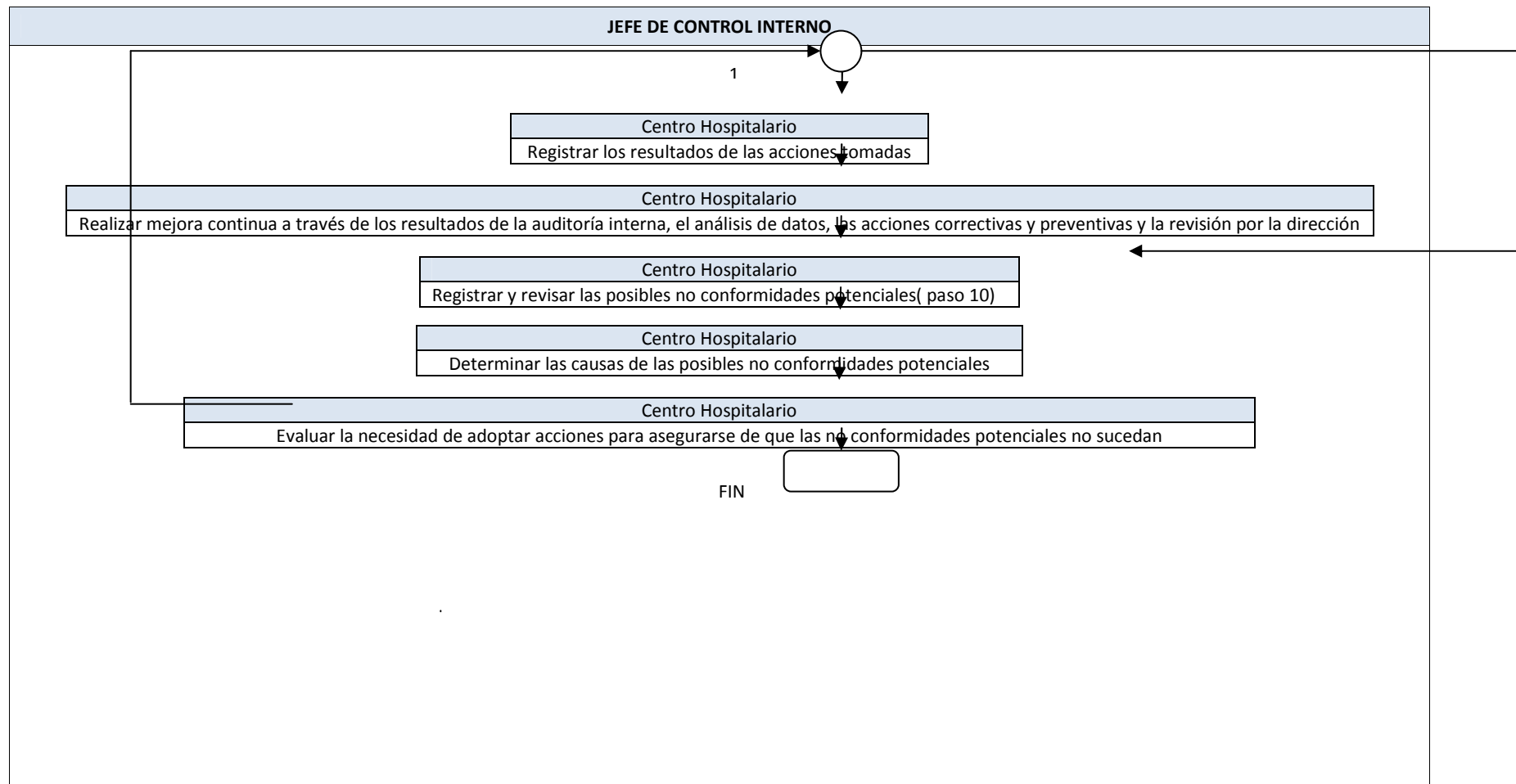
**Formato Análisis de Datos**


| Servicio | Meta a Diciembre | Valor Alcanzado | Indicador | Dificultad Para Lograr la Meta | Estrategia Para Lograr Meta |
|----------|------------------|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|
|          |                  |                 |           |                                |                             |
|          |                  |                 |           |                                |                             |

| ELABORÓ:   | REVISÓ:  | APROBÓ:                             |
|--|--|-------------------------------------|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

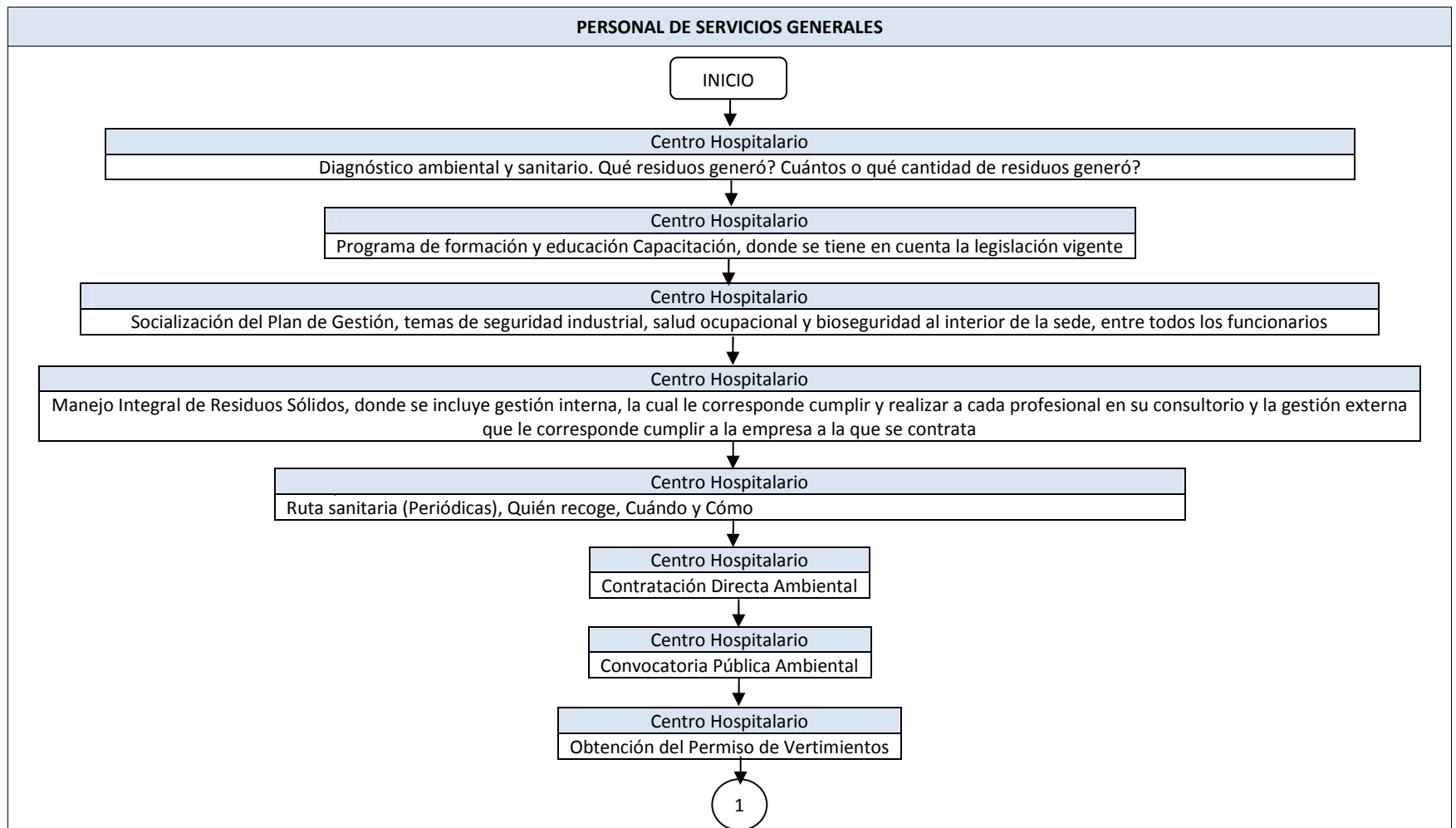


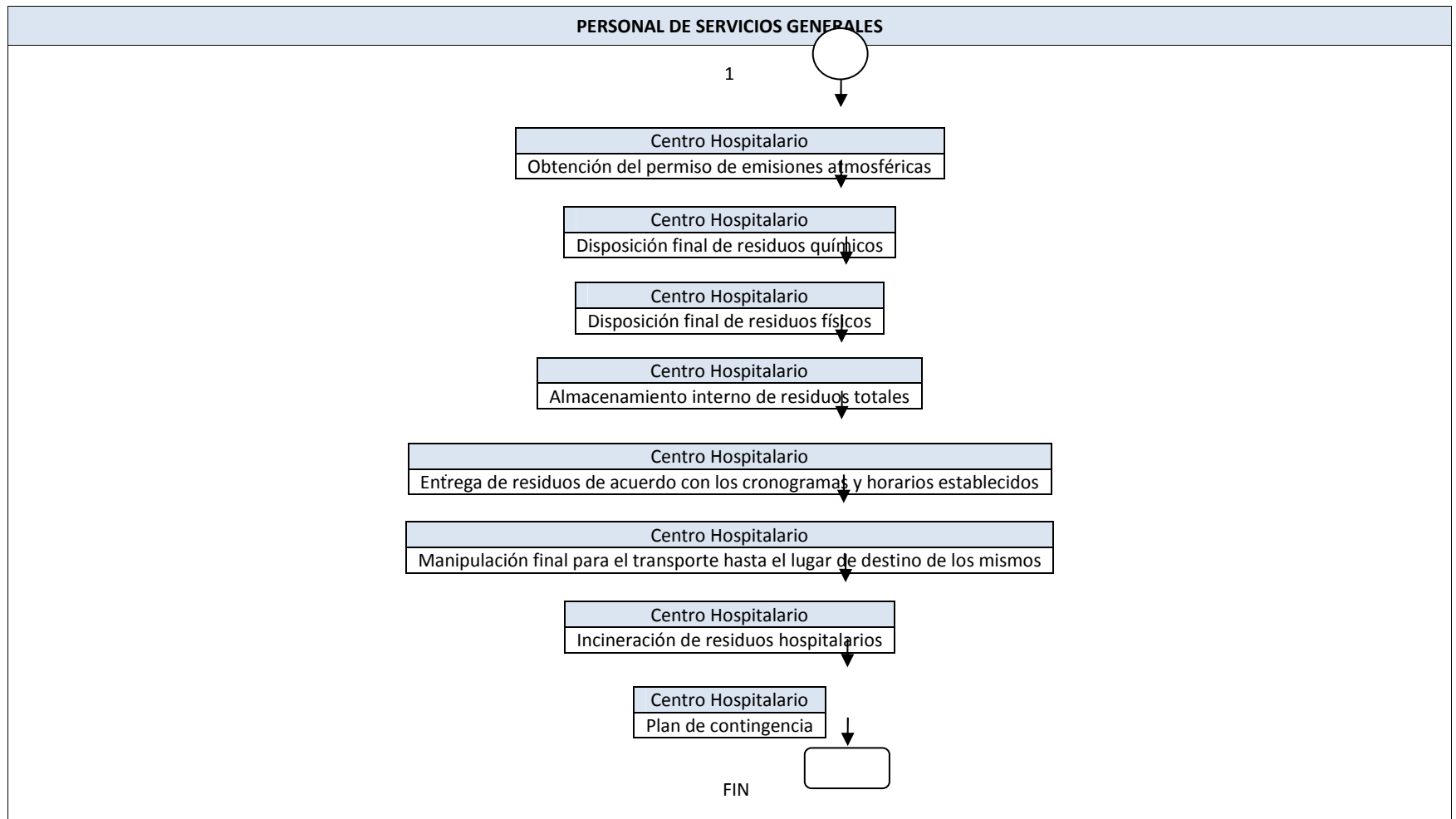





|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |   | <b>Código:<br/>PR15E15</b>   |   |
|  |   |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
| <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>  |   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|  |   |   | <b>Página: 76 de 281</b>   |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Gestión Ambiental</b>  |   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Residuos Hospitalarios  |   |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Llevar un manejo y control de los residuos hospitalarios en las sedes que promuevan la protección de los pacientes y funcionarios de la salud que laboran en las diferentes áreas como son, salas de cirugía, hospitalización, laboratorio clínico, odontología, programas de PyP, enfermería, consulta externa, y atención por urgencias entre otras frente al riesgo de adquirir y/o transmitir diferentes patógenos durante los procesos que se realizan en la prestación de servicios de salud. |   |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la contratación directa ambiental y termina con la incineración de los residuos hospitalarios.  |   |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Personal de Servicios Generales   |   |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| -Medio ambiente<br>-Gestión financiera<br>-Gestión del talento humano<br>-Planeación estratégica<br>-Programa de Bioseguridad<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Protocolos del manejo ambiental<br>-Manejo sanitario<br>-Cumplimiento de la normatividad ambiental, sanitaria y de seguridad industrial en salud<br>-Guías o manuales de procedimientos para la remisión de pacientes, indispensables para la prestación de servicios ofrecidos  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico ambiental y sanitario. Qué residuos generó? Cuántos o qué cantidad de residuos generó?</li> <li>2. Programa de formación y educación Capacitación donde se tiene en cuenta la legislación vigente.</li> <li>3. Socialización del Plan de Gestión, temas de seguridad industrial, salud ocupacional y bioseguridad al interior de la sede, entre todos los funcionarios.</li> <li>4. Manejo Integral de Residuos Sólidos, donde se incluye gestión interna, la cual le corresponde cumplir y realizar a cada profesional en su consultorio y la gestión externa que le corresponde cumplir a la empresa a la que se contrata.</li> <li>5. Ruta sanitaria (Periódicas), quién recoge, cuándo y cómo.</li> <li>6. Contratación directa ambiental.</li> <li>7. Convocatoria pública ambiental.</li> <li>8. Obtención del permiso de vertimientos.</li> <li>9. Obtención del permiso de emisiones atmosféricas.</li> <li>10. Disposición final de residuos químicos.</li> <li>11. Disposición final de residuos físicos.</li> <li>12. Almacenamiento interno de residuos totales.</li> <li>13. Entrega de residuos, de acuerdo con los cronogramas y horarios establecidos.</li> <li>14. Manipulación final para el transporte hasta el lugar de destino de los mismos.</li> <li>15. Incineración de residuos hospitalarios.</li> <li>16. Plan de contingencia.</li> </ol> | - Plan de gestión de residuos hospitalarios y similares<br>-Sede sin residuos químicos y físicos<br>-Sede sin residuos hospitalarios<br>-Manejo adecuado de residuos sólidos | -Comunidad<br>-Entidades competentes<br>-Procesos misionales y de apoyo<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Código:<br/>PR15E15</b>   |  |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
|  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>   |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |
|  |   |  |  | <b>Página: 77 de 281</b>   |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personal Asistencial</li> <li>Empleadas del Servicio</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contrato</li> <li>-Política ambiental</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de conductas básicas en bioseguridad</li> <li>-Clasificación de residuos</li> <li>-Pre tratamiento de residuos</li> <li>-Plan de ordenamiento territorial</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Normas para el manejo de los contenedores de corto punzantes</li> <li>-Normas generales de bioseguridad</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resolución 1164 de 2002: Por la cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares</li> <li>-Decreto 2676 de 2000: Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas Asistenciales</li> </ul>  |   |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Elementos de seguridad</li> <li>Experiencia técnica</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Comunicación eficaz</li> <li>Manejo de información</li> <li>Iluminación</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Responsabilidad social</li> </ul> |   |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |  |  |
| <u>Cantidad de Material Reciclado</u><br><br>Unidades Producidas<br><br><u>Contenido de Contaminantes</u><br><br>Unidades de Desecho Generadas   |   | Medir el desempeño ambiental de la sede.   |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |





|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>MT. 980.141.572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |   | <b>Código:<br/>PR16E16</b>   |  |
|  |   |   | <b>Edición: 01</b>   |  |
|  | <b>4. PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b><br><b>Página: 80 de 281</b>   |  |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Mejoramiento Continuo del Sistema de Calidad</b>   |   |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU   |   |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Brindar Servicios oportunos y de Calidad al usuario de la sede principal La Vega, a través de un procedimiento adecuado de información y atención al usuario externo.   |   |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la solicitud verbal, escrita o por medio del formato de la petición, sugerencia, reclamo o queja que tiene el usuario y termina con la respuesta y el debido seguimiento a las solicitudes de los usuarios. |   |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Jefe de Servicio al Cliente   |   |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica de calidad<br>-Sistema de Gestión de la Calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo de la calidad<br>-Sistema de Seguridad Social Integral<br>-Departamento Administrativo de la Función Pública<br>-Ministerio de Protección Social<br>-Direcciones Seccionales de Salud | -Direccionamiento estratégico<br>-Requisitos legales de salud pública<br>-Plan de acción de la revisión del SGC por la dirección<br>-Requisitos de SGC  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir solicitud verbal, escrita o por medio del formato que se aplica en la sede, sobre información, peticiones, sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios.</li> <li>2. Proporcionar información al usuario.</li> <li>3. Dialogar con el usuario para solucionar su reclamo.</li> <li>4. Recibir al usuario el reclamo por escrito.</li> <li>5. Remitir el reclamo al servicio donde se originó.</li> <li>6. Citar al responsable del caso.</li> <li>7. Citar a comité de auditoría interna.</li> <li>8. Revisar y analizar reclamos.</li> <li>9. Recibir respuesta del servicio donde se originó el reclamo.</li> <li>10. Tomar medidas sobre el caso y crear correctivos.</li> <li>11. Responder al usuario el reclamo planteado por escrito.</li> <li>12. Controlar los reclamos recibidos del servicio no conforme.</li> <li>13. Presentar estadística mensual de reclamos y sugerencias con base en el formato utilizado por la sede.</li> <li>14. Hacer seguimiento y ajustes a los reclamos presentados.</li> </ol> | -Solicitud del usuario<br>-Información al usuario<br>-Solicitud escrita de la petición, sugerencia, reclamo o queja<br>-Reuniones con los directamente implicados en la petición, sugerencia, reclamo o queja<br>-Revisión y análisis de la petición, sugerencia, reclamo o queja<br>-Respuestas a la petición, sugerencia, reclamo o queja<br>-Medidas correctivas para la solicitud del usuario<br>-Estadísticas de reclamos | -Entes de Control<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |



4. PROCESOS ESTRATÉGICOS

| RECURSOS  | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |  | REQUISITOS APLICABLES   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Control Interno</li> <li>Jefe de Servicio al Cliente</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de calidad</li> <li>-Política de calidad</li> <li>-Plan para el logro de objetivos de calidad</li> <li>-Matriz de comunicaciones</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4110 de 2004 " Por la cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública"</li> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 872 de Diciembre 30 del 2003" por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad"</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficinas</li> <li>Equipo de oficina</li> <li>Computadores e impresora</li> </ul>   |   |  |   |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Mejora continua</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación efectiva</li> <li>Manejo de información</li> <li>Atención oportuna y de calidad</li> <li>Confidencialidad</li> <li>Calidad humana</li> <li>Respeto por el derecho del usuario</li> <li>Competitividad</li> </ul> |   |  |   |  |

| INDICADORES:   | INTERPRETACIÓN:   |
|--|---|
| $\frac{\text{No. de Usuarios Atendidos por la Sede Satisfechos con el Servicio}}{\text{No. Total de Solicitudes de Reclamos o Quejas de Usuarios}} \times 100$ | <p>Cumplir y satisfacer las expectativas del usuario.</p> <p>Porcentaje de eficiencia en la prestación del servicio al usuario, con el fin de evaluar la prestación del servicio en términos de duración a las respuesta a las solicitudes de los usuarios.</p> |
| $\frac{\text{Tiempo Efectivo de Respuesta a la Solicitud del Usuario}}{\text{Tiempo Programado de Respuesta a la Solicitud del Usuario}} \times 100$           |   |

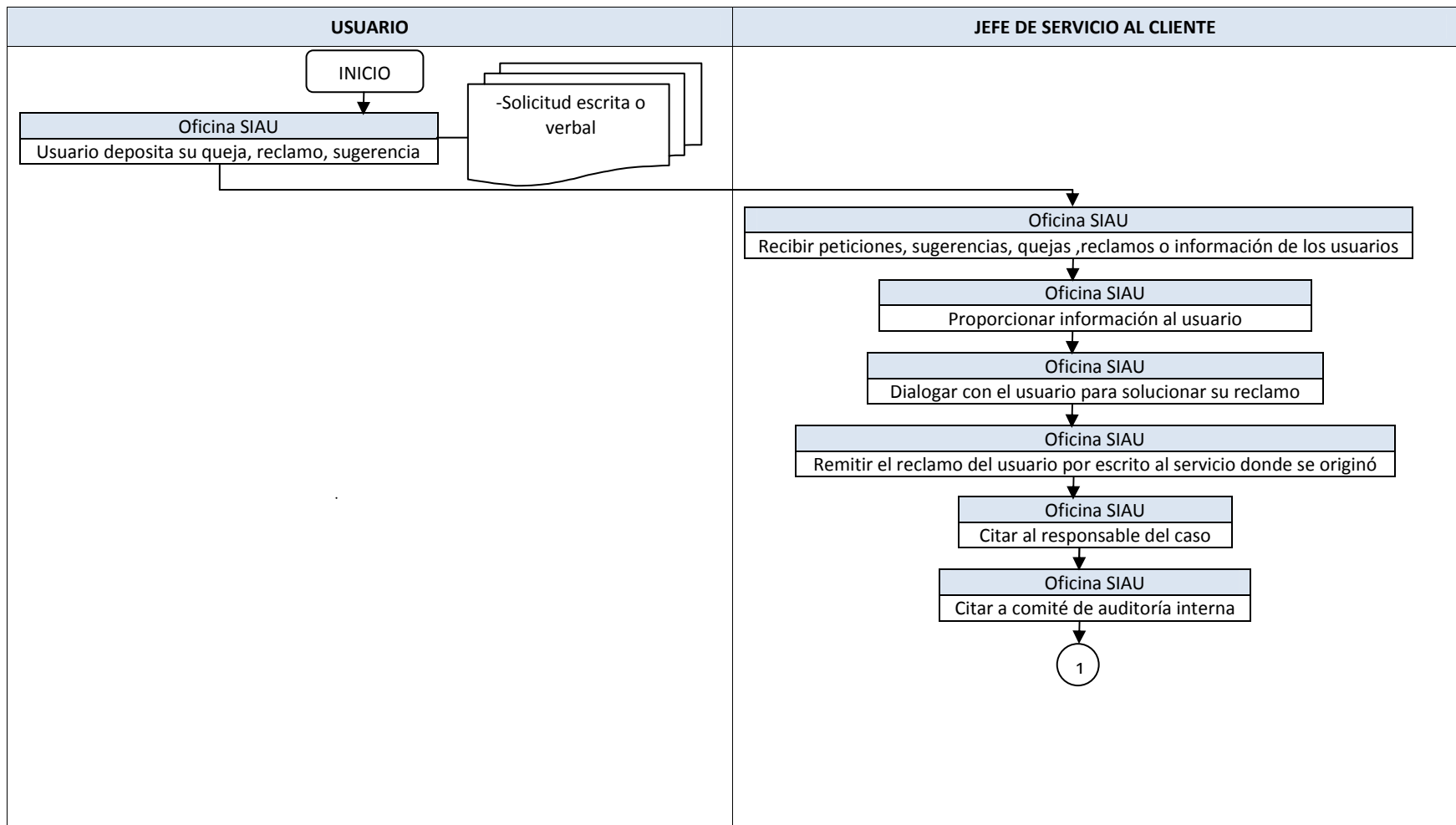
FORMATOS

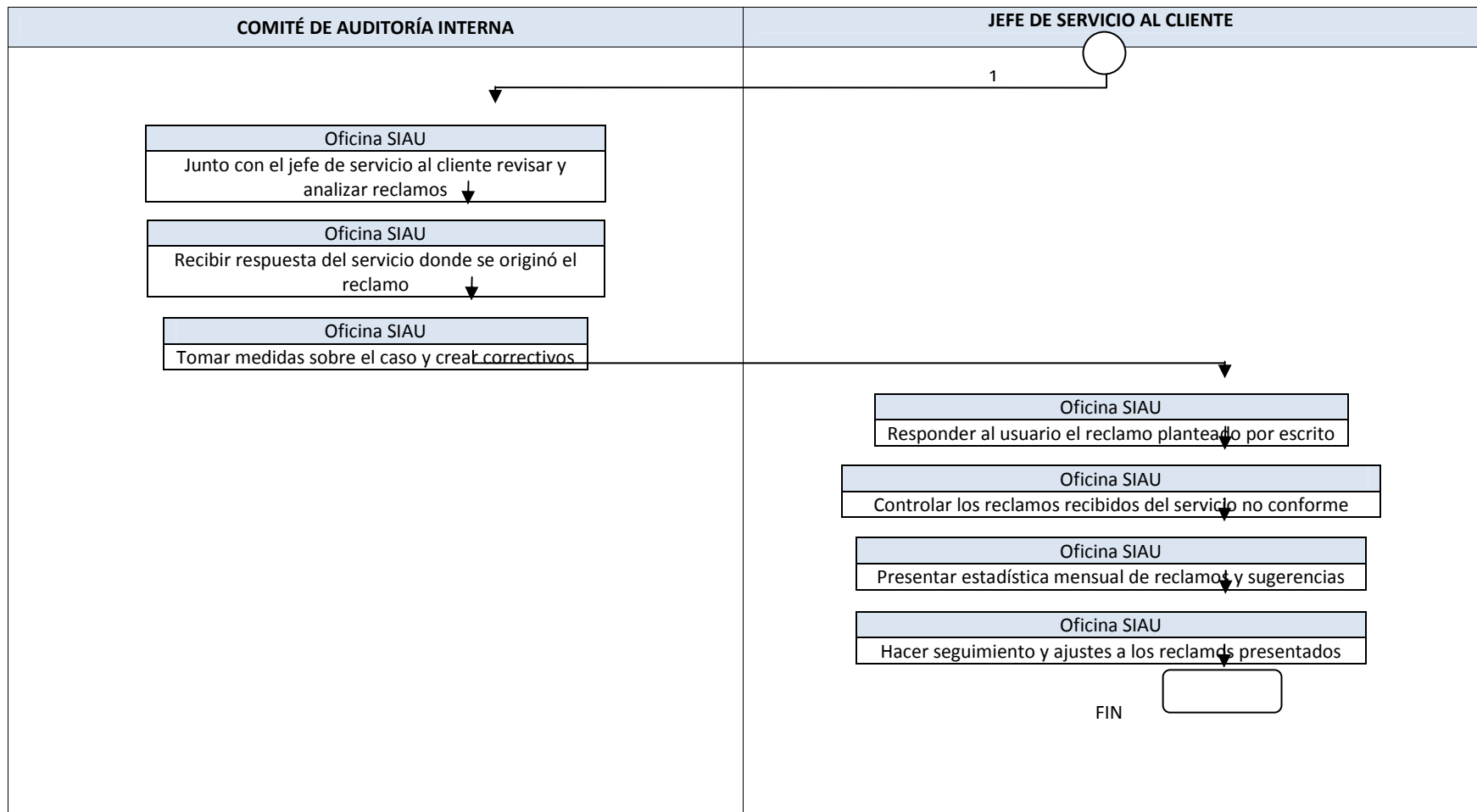
Formato de Sugerencias, Peticiones, Reclamos o Quejas del Usuario

|                     |           |        |          |
|---------------------|-----------|--------|----------|
| Nombre:             |           |        |          |
| Cédula:             | De:       |        |          |
| Municipio o Vereda: |           |        |          |
|                     |           |        |          |
| Tipo:               | Petición: | Queja: | Reclamo: |
| Comente su caso:    |           |        |          |


| ELABORÓ:   | REVISÓ:  | APROBÓ:                             |
|--|--|-------------------------------------|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |



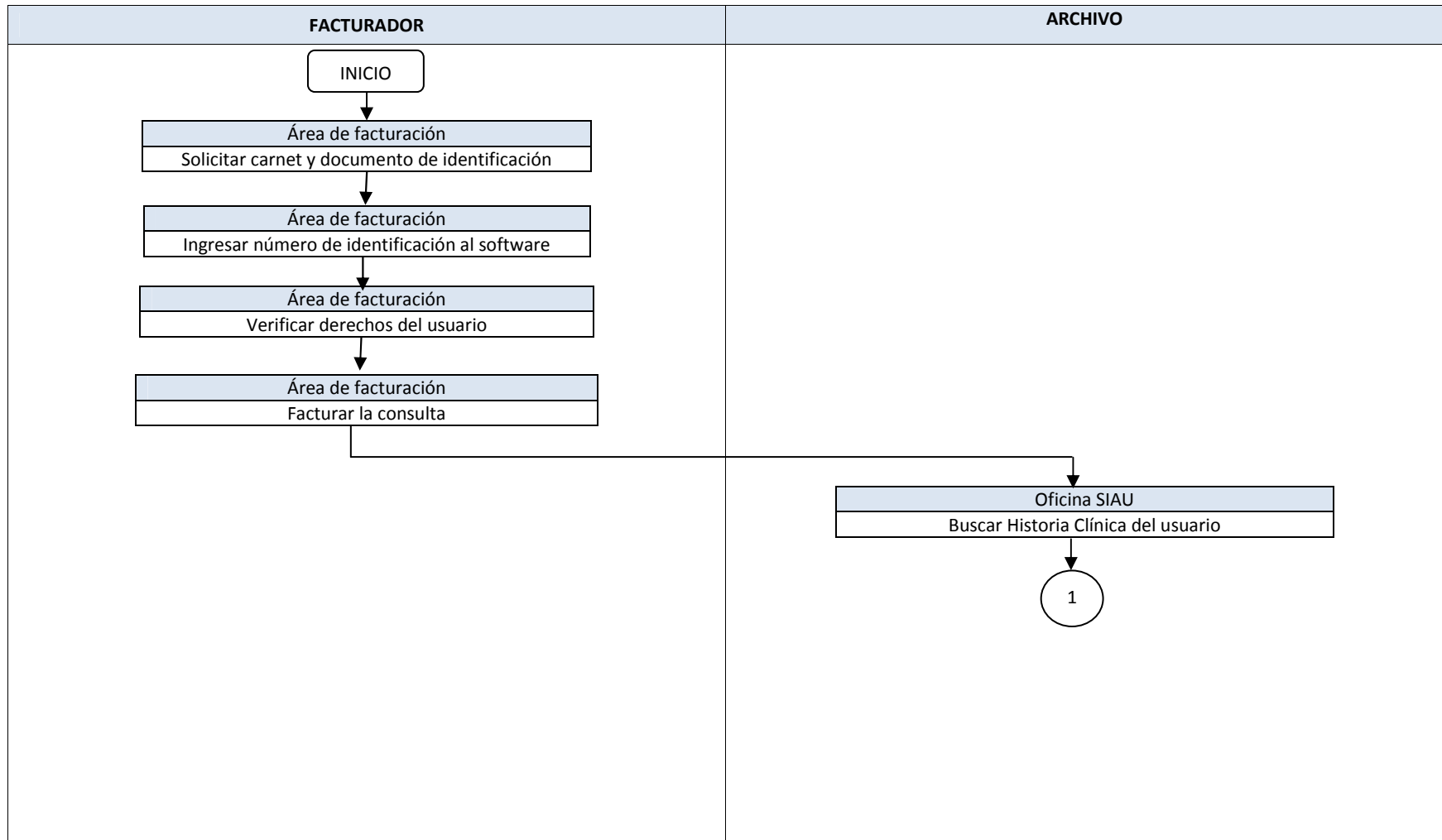




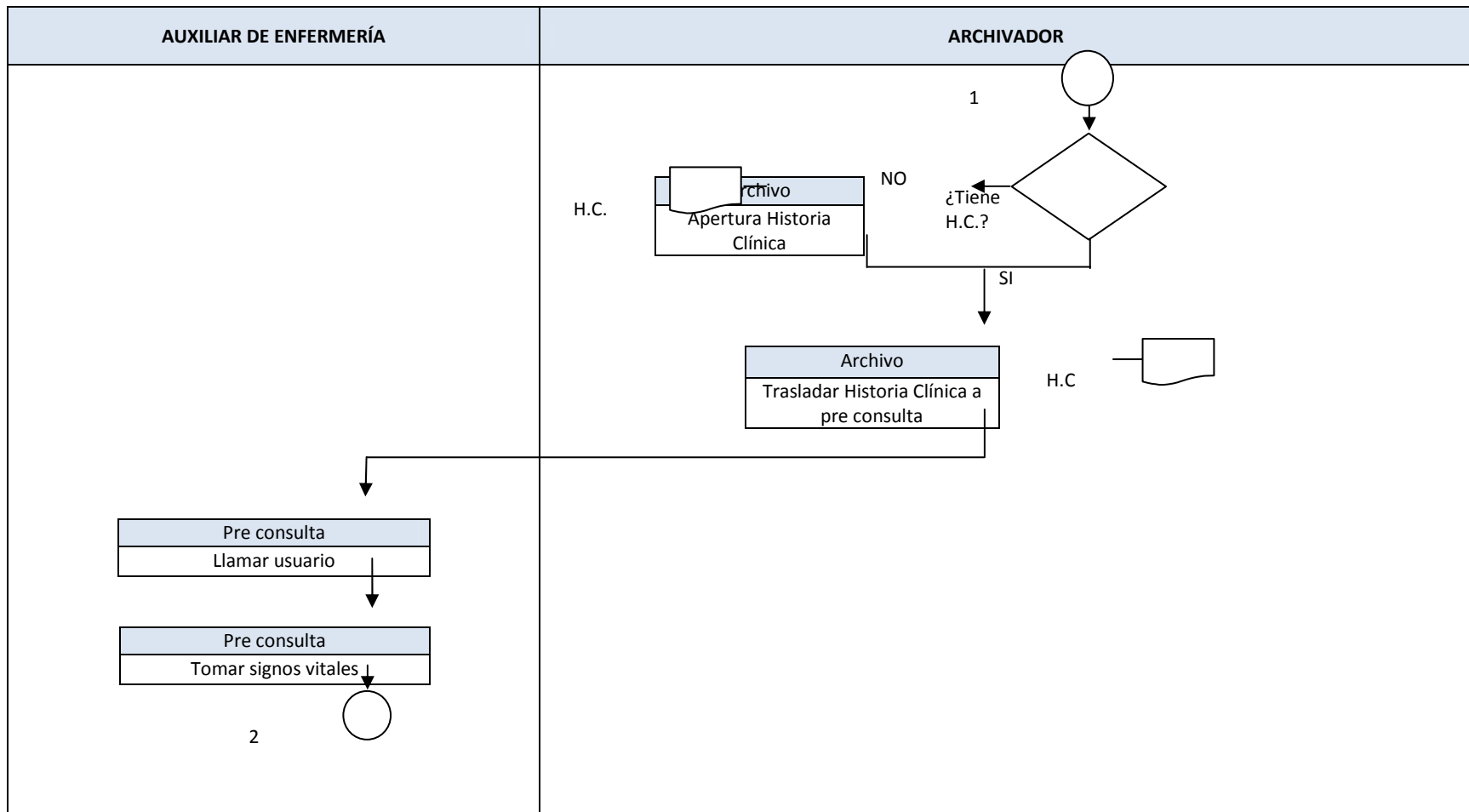
|   |   | ESE SURORIENTE<br>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS   |   | Código: PR17M01  |  |
|--|---|---|---|--|--|
|  |   |   |   | Edición: 01  |  |
|  |   | 5. PROCESOS MISIONALES  |   | Fecha: 11/05/2009  |  |
|  |   |   |   | Página: 84 de 281  |  |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Atención Ambulatoria</b>   |   |   |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Consulta Médica General   |   |   |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Identificar los pasos consecutivos para la prestación de la consulta médica en la sede principal La Vega, con el fin de prestar un servicio médico oportuno al usuario.   |   |   |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la solicitud del carnet de afiliación y documento de identificación del usuario y finaliza con el envío de la Historia Clínica al archivo y los RIPS al área de facturación.  |   |   |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Médico ESE Surorienté   |   |   |  |  |
| PROVEEDORES  | ENTRADAS  | ACTIVIDADES   | SALIDAS   | CLIENTES   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación del servicio médico</li> <li>- Estado</li> <li>- Comunidad</li> <li>- Políticas de calidad</li> <li>- Proceso de Mejoramiento de la Salud Pública</li> <li>- Departamento Administrativo de la Función Pública</li> <li>- Implementos Médicos</li> <li>- Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>- Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de identificación del usuario (carnet y cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad)</li> <li>- Historia Clínica</li> <li>- Hoja de Evolución</li> <li>- Fotocopias de documento de identificación</li> <li>- Software de facturación</li> <li>- Implementos para la toma de signos vitales: tensiómetro, fonendoscopio, termómetro, reloj y balanza</li> <li>- Equipo de órganos</li> <li>- Base de datos de la sede</li> <li>- Papelería: factura y formatos de diligenciamiento</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar carnet de afiliación y documento de identificación del usuario.</li> <li>2. Comparación del documento de identificación del usuario con el carnet.</li> <li>3. Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>4. Verificar derechos del usuario.</li> <li>5. Facturar la consulta.</li> <li>6. Buscar Historia Clínica. Si el usuario no tiene Historia Clínica, se procede a realizar su apertura y si el usuario ya la tiene, continuar con el paso siguiente.</li> <li>7. Trasladar Historia Clínica a pre consulta.</li> <li>8. Llamar al usuario a pre consulta.</li> <li>9. Toma de signos vitales al usuario y registro de estos en la Historia Clínica.</li> <li>10. Orientación al usuario para trasladarse al consultorio de consulta externa.</li> <li>11. Trasladar Historia Clínica al consultorio médico.</li> <li>12. Llamar al usuario al consultorio médico.</li> <li>13. Preguntar la causa que origina la consulta y escribirlo en la Historia Clínica.</li> <li>14. Indagar por la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares y registrarlo en la Historia Clínica.</li> <li>15. Realizar examen físico y registro en la Historia Clínica de lo que se encontró.</li> <li>16. Prescribir y explicar el tratamiento al usuario.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos completos para la verificación de derechos</li> <li>- Documento de identificación coincide con el carnet</li> <li>- Usuario activo en base de datos</li> <li>- Atención solicitada contratada</li> <li>- Personal de archivo con documentos completos de identificación del usuario, para la búsqueda de su Historia Clínica</li> <li>- Historia Clínica del usuario lista para la atención</li> <li>- Historia Clínica en el consultorio de pre consulta</li> <li>- Usuario en el consultorio de pre consulta</li> <li>- Motivo de consulta</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidad</li> <li>- Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>- Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |

|   |  |  |   |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
|    |  | <b>ESE SURORIENTE</b>                          |   | <b>Código:<br/>PR17M01</b>   |   |
|   |  | <b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>     |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
| <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |  |  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|   |  |  |   | <b>Página: 85 de 281</b>   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  |  | <b>ENTRADAS</b>                                |   | <b>ACTIVIDADES</b>   |   |
|   |  | -Protocolos de procedimientos médicos          |   | <b>17.</b> Si es necesario realizar examen de laboratorio clínico hacer la orden. (Procedimiento de laboratorio clínico).<br><b>18.</b> Si no es necesario realizar examen de laboratorio clínico, continuar con el paso siguiente.<br><b>19.</b> Diligenciar de manera adecuada la Historia Clínica y los RIPS.<br><b>20.</b> Archivar Historia Clínica y enviar RIPS al área de facturación. |   |
|   |  |  |   | -Registro en Historia Clínica de signos vitales<br>- Historia Clínica en consultorio médico<br>- Usuario en consultorio médico<br>- Motivo de consulta del usuario<br>-Datos de la enfermedad actual que presenta el usuario<br>-Registro en la Historia Clínica<br>-Usuario satisfecho  |   |
| <b>RECURSOS</b>   |  |  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturador</li> <li>• Personal de Archivo</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Médico</li> </ul>   |  |  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de procedimientos</li> <li>-Orden médica</li> <li>- Historia Clínica</li> <li>-Factura</li> </ul> |  | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del servicio de la salud pública</li> <li>-Auditoría interna</li> </ul>   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadores</li> <li>• Consultorio médico</li> <li>• Instrumentos para toma de signos vitales</li> <li>• Sala de consulta externa</li> <li>• Instrumentos del médico</li> </ul>   |  |  |   |  | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud"</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Iluminación</li> </ul> |  |  |   |  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul>   |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Consultas Externas Realizadas}}{\text{No. de Citas Para Consultas Externas Programadas}} \times 100$   |  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Número promedio de los servicios de consulta externa hechos en un período de tiempo.  |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>                                 |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |

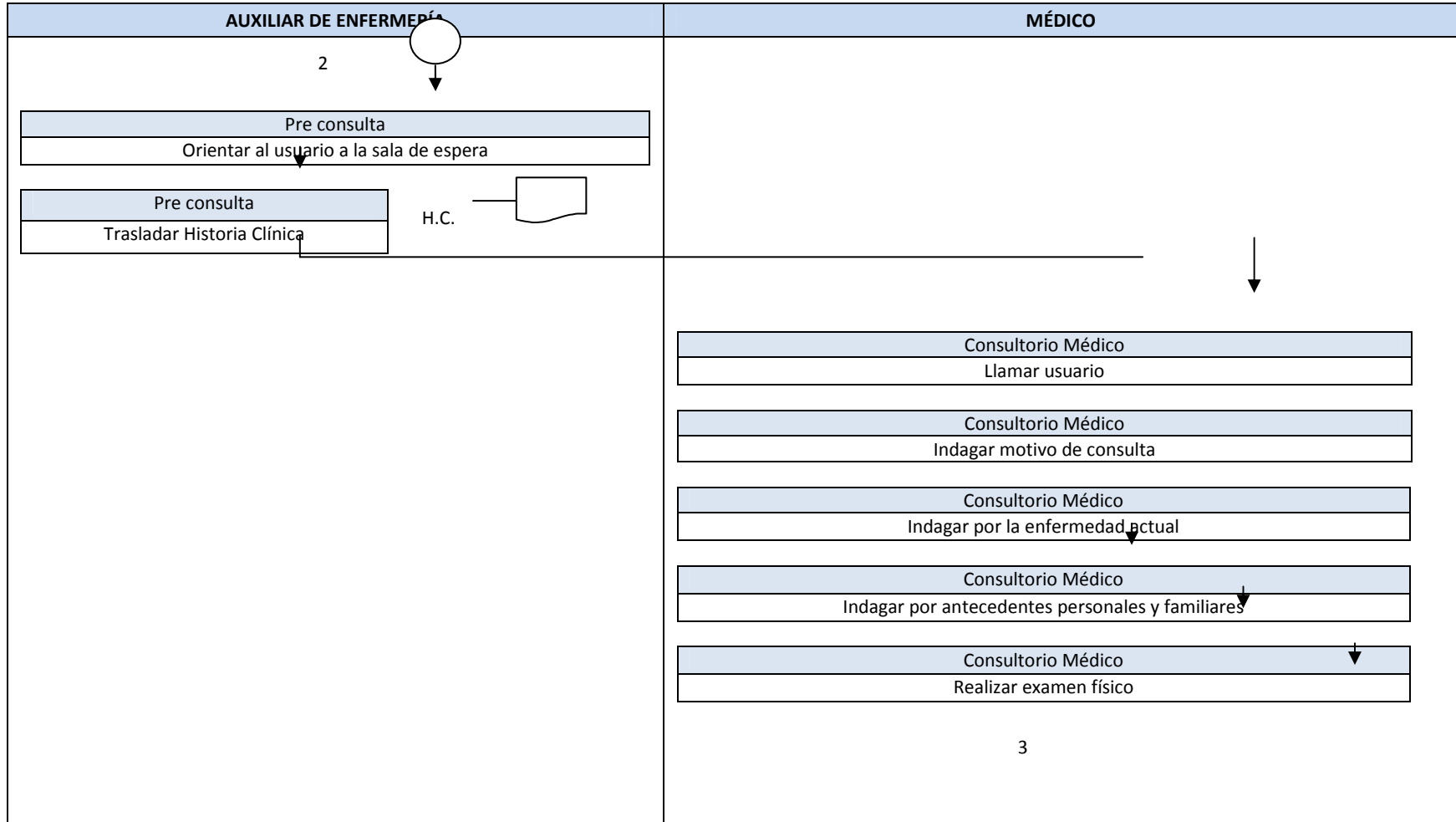
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA MÉDICA GENERAL**



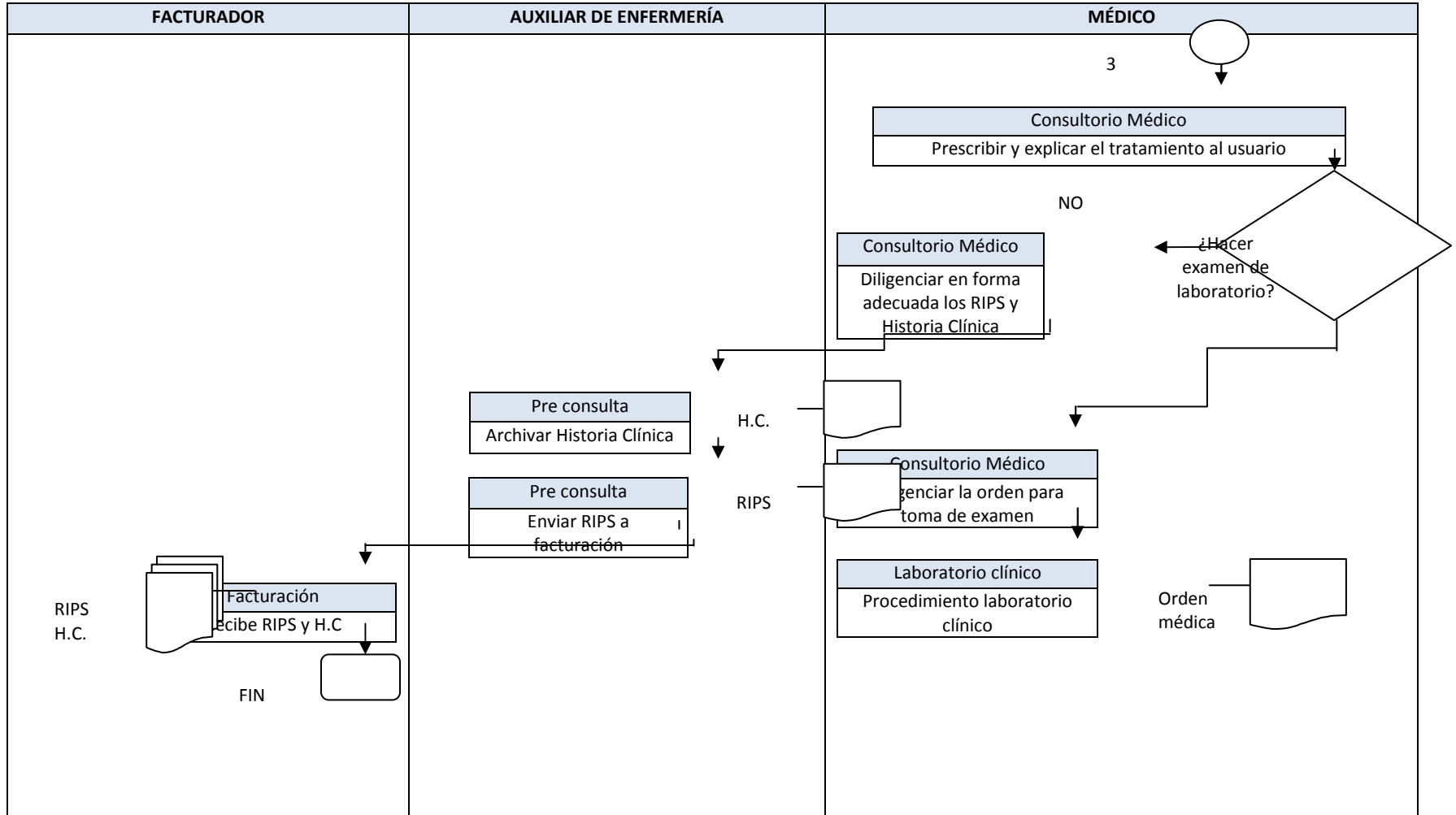
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA MÉDICA GENERAL**




**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA MÉDICA GENERAL**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA MÉDICA GENERAL**

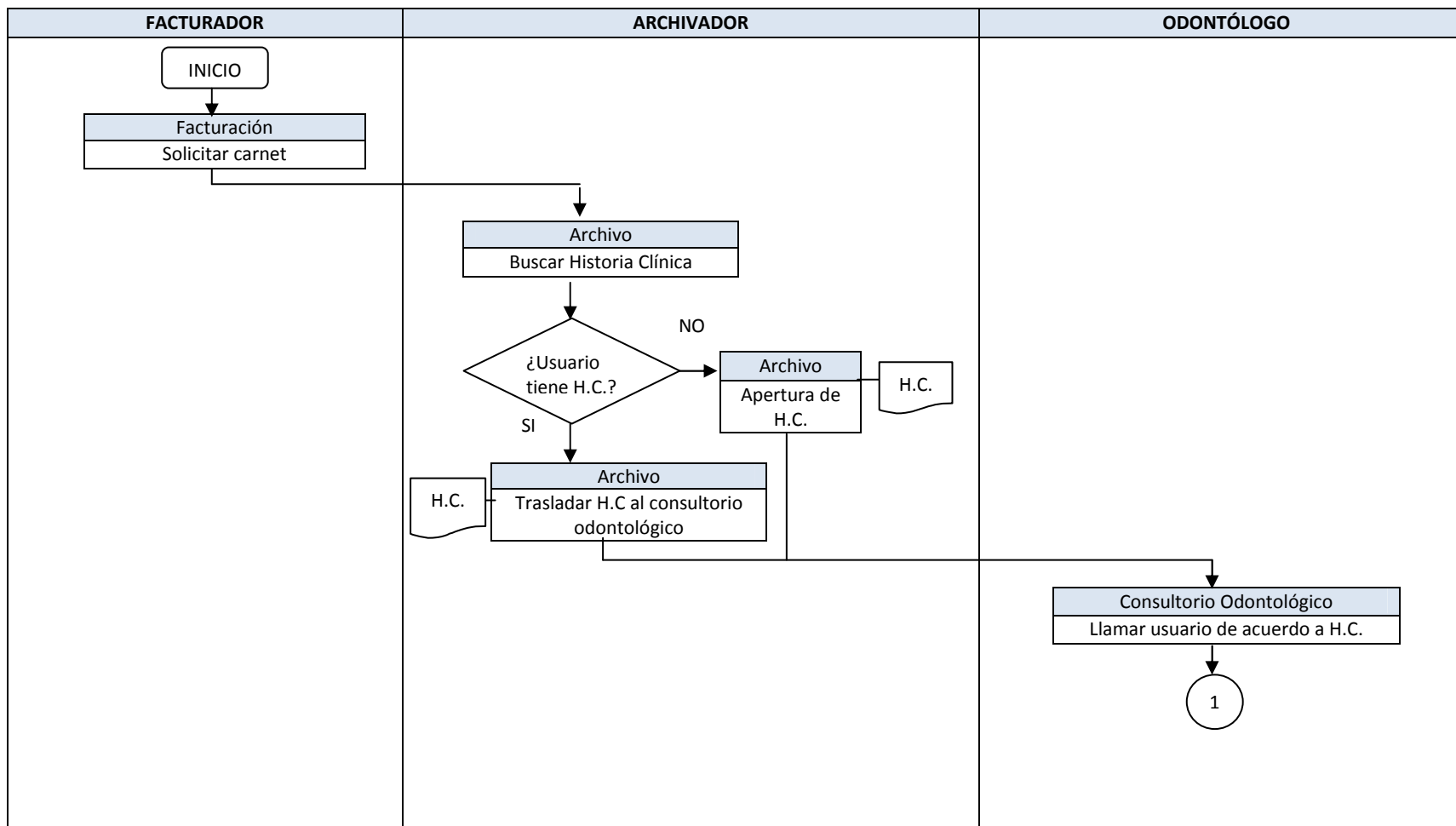


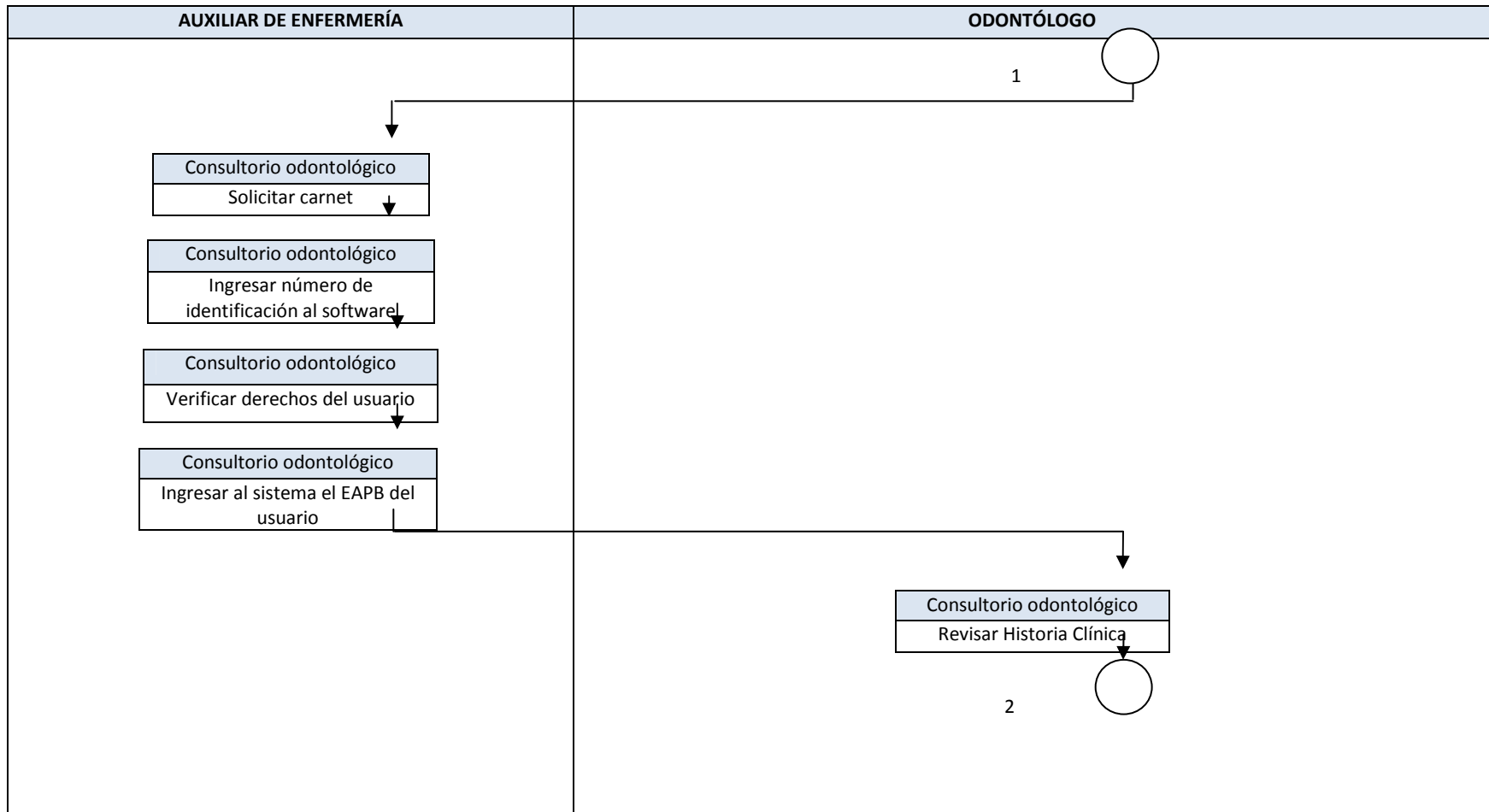


|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141372-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |   | <b>Código:<br/>PR18M02</b>   |   |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
|   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b><br><b>Página: 90 de 281</b>   |   |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Atención Ambulatoria</b>   |   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Consulta Odontológica   |   |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Identificar los pasos consecutivos para la prestación de la consulta odontológica en sede principal La Vega, con el fin de prestar un servicio odontológico oportuno al usuario.  |   |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la asignación de citas por medio de fichas y termina con el diligenciamiento y envío de la Historia Clínica y RIPS.   |   |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Odontólogo ESE Surorienté   |   |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación Estratégica (alta dirección)</li> <li>- Estado</li> <li>- Comunidad</li> <li>- Proceso de Mejoramiento de la Salud Pública</li> <li>- Departamento Administrativo de la Función Pública</li> <li>- Implementos Médicos</li> <li>- Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>- Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de identificación del usuario (carnet y, documento de identidad)</li> <li>- Historia odontológica</li> <li>- Software de odontología</li> <li>- Base de datos</li> <li>- Información de contratos con entidades aseguradoras</li> <li>- Equipo odontológicos: silla odontológica, babero, espejo, servilleta, guantes, tapabocas y bata de bioseguridad</li> <li>- Instrumental odontológico</li> <li>- Materiales odontológicos</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar el carnet de afiliación y documento de identificación al usuario.</li> <li>2. Buscar Historia Clínica en el archivo.</li> <li>3. Si es consulta por primera vez se realiza apertura de Historia Clínica.</li> <li>4. Si la consulta no es por primera vez continuar con el paso siguiente.</li> <li>5. Trasladar la Historia Clínica al consultorio odontológico.</li> <li>6. Llamar al usuario a Consulta de acuerdo al orden de llegada de la Historia Clínica.</li> <li>7. Solicitar el carnet de afiliación y documento de identificación del usuario.</li> <li>8. Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>9. Verificar derechos según contratos establecidos con la entidad aseguradora.</li> <li>10. Ingresar al sistema el nombre de la EAPB del usuario.</li> <li>11. Revisar Historia Odontológica.</li> <li>12. Revisar los procedimientos realizados en la consulta anterior.</li> <li>13. Revisar los procedimientos pendientes a realizar según las consultas anteriores.</li> <li>14. Preguntar el motivo de la consulta y escribirlo en la Historia Clínica.</li> <li>15. Ubicar el paciente en la silla odontológica y prepararlo para la atención (babero y servilleta).</li> <li>16. Preparar al odontólogo para la atención (tapabocas, guantes y bata de bioseguridad).</li> <li>17. Revisar piezas dentales y registrar los cambios en la Historia C.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de identificación del usuario completos para la búsqueda de Historia Clínica</li> <li>- Historia odontológica del usuario lista para la atención</li> <li>- Historia odontológica en el consultorio de odontología</li> <li>- Verificación de los derechos del usuario</li> <li>- Usuario activo en base de datos</li> <li>- Atención solicitada contratada</li> <li>- Atención en pre consulta terminada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidad</li> <li>- Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>- Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

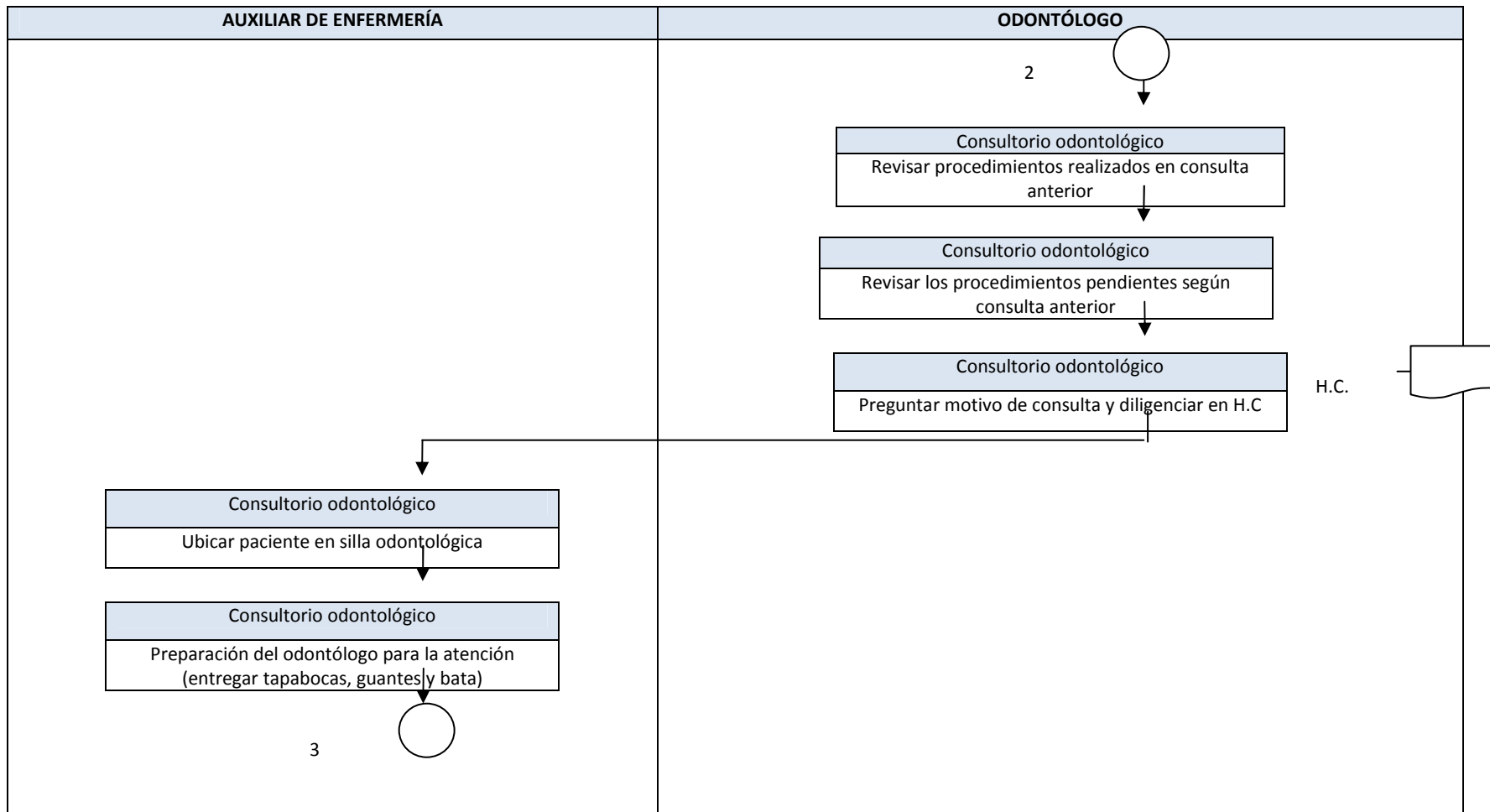
**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES  |  |   | SALIDAS   |
|---|--|--|--|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Software de facturación</li> <li>- Formato de registro de procedimientos odontológicos</li> <li>- Protocolos de odontología</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Solicitar al auxiliar los implementos y mezclas necesarias para la atención odontológica.</li> <li>19. Explicar al usuario el procedimiento a realizar.</li> <li>20. Realizar el procedimiento pendiente y el relacionado con el motivo de consulta basándose en los protocolos definidos por la sede.</li> <li>21. Explicar al usuario los cuidados que debe tener.</li> <li>22. Describir en la Historia Clínica el procedimiento realizado al usuario y sus recomendaciones.</li> <li>23. Formular medicamentos según necesidad.</li> <li>24. Programar una próxima cita si es necesario.</li> <li>25. Generar RIPS.</li> <li>26. Realizar e imprimir factura del servicio.</li> <li>27. Firmar factura.</li> <li>28. Archivar la factura.</li> <li>29. Externalización de instrumentos odontológicos.</li> <li>30. Entregar en archivo de la Historia Clínica al finalizar la jornada.</li> <li>31. Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li>32. Entregar facturas y RIPS al finalizar el mes.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuario preparado para la atención</li> <li>-Atención odontológica</li> <li>- Procedimiento odontológico terminado</li> <li>- Historia odontológica diligenciada</li> <li>-Sugerencias al usuario</li> <li>- Factura de la consulta</li> <li>- Factura archivada</li> </ul> |   |   |
| RECURSOS  |  | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |  | REQUISITOS APLICABLES   |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de Archivo</li> <li>• Auxiliar de Odontología</li> <li>• Odontólogo</li> </ul>  |  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención en odontología programada</li> <li>-Hoja de evolución odontológica</li> <li>-Factura</li> <li>-Protocolos odontológicos</li> </ul>  | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo NTCGP 1000:2004</li> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> </ul>  | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de archivo de historias odontológicas</li> <li>• Área de facturación</li> <li>• Consultorio odontológico</li> </ul>   |  |  |  |   |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Iluminación</li> </ul> |  |  |  |   |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>No. de Consultas Odontológicas Realizadas<br><hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> No. de Citas para Consultas Odontológicas Programadas X 100   |  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Número promedio de los servicios de odontología hechos en un período de tiempo.  |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |

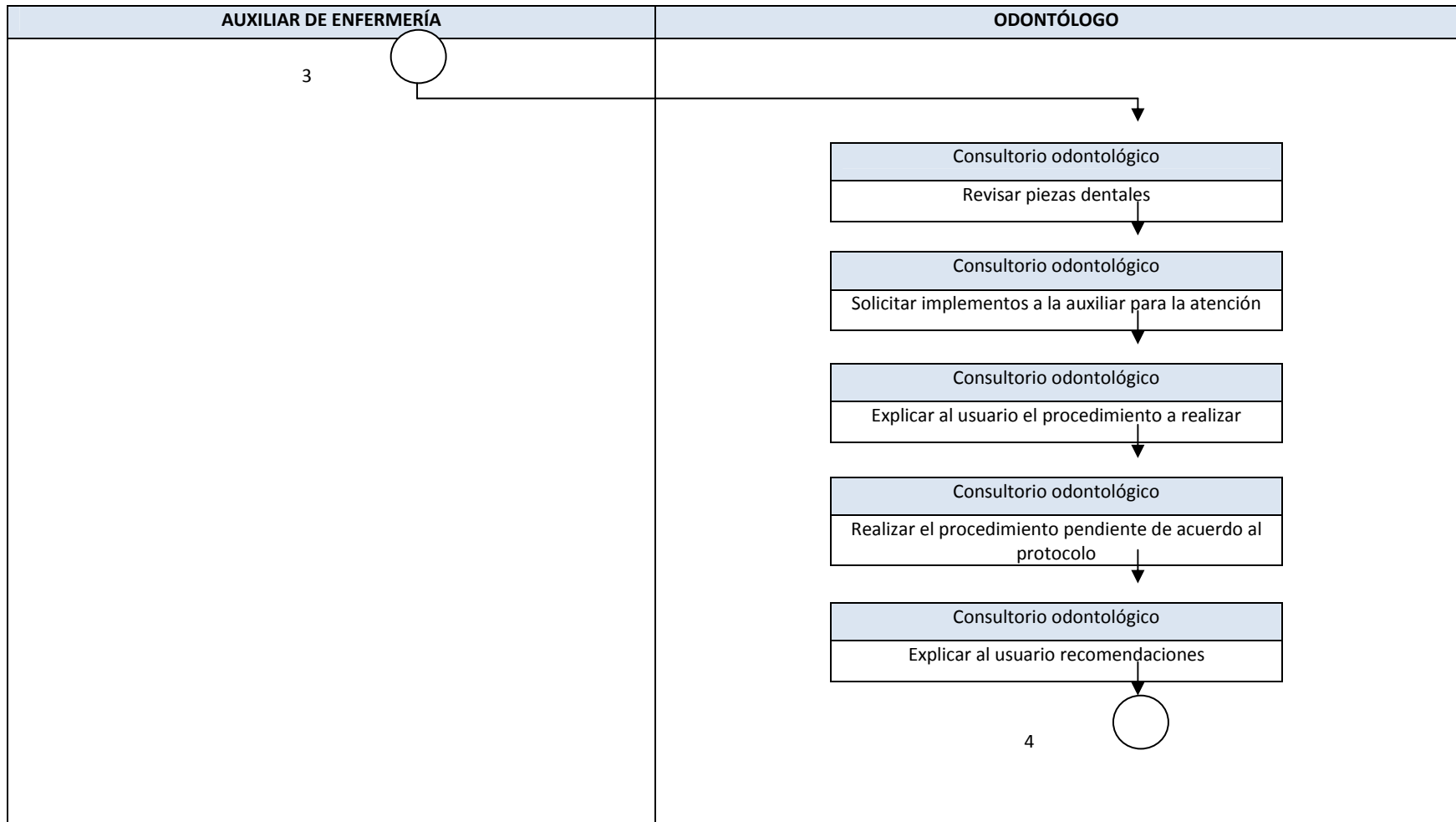




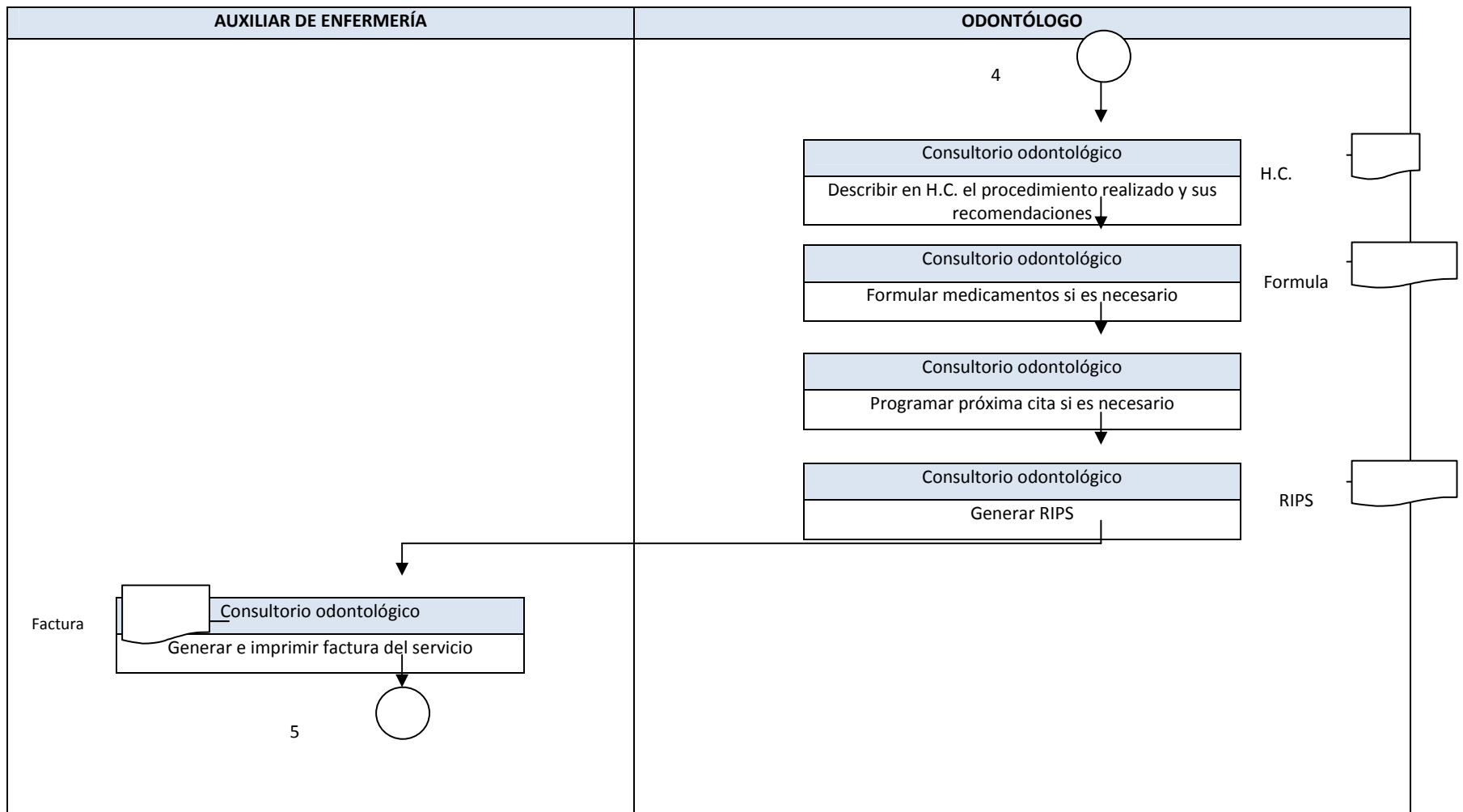
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA ODONTOLÓGICA**



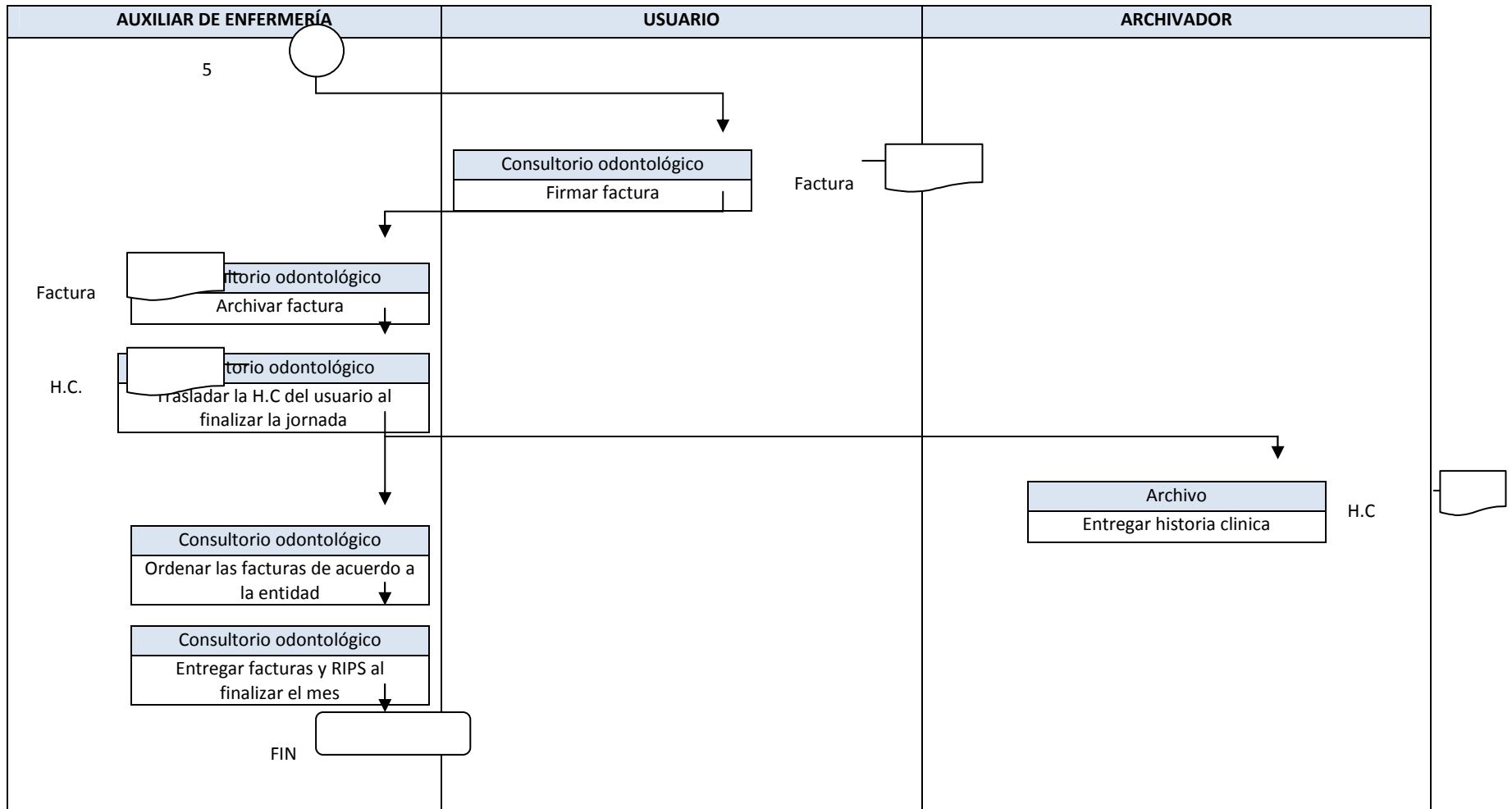
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA ODONTOLÓGICA**




**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA ODONTOLÓGICA**




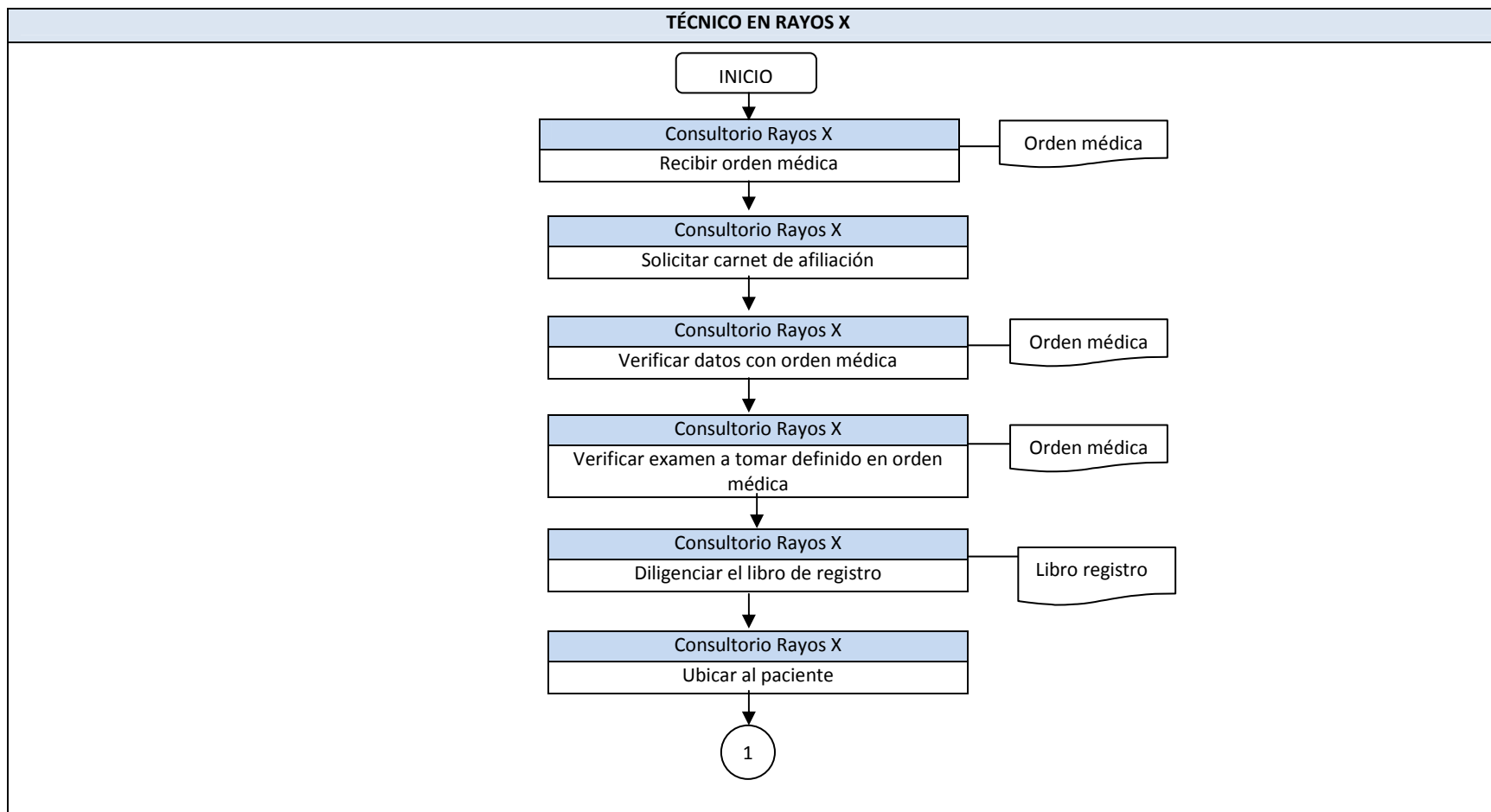
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONSULTA ODONTOLÓGICA**



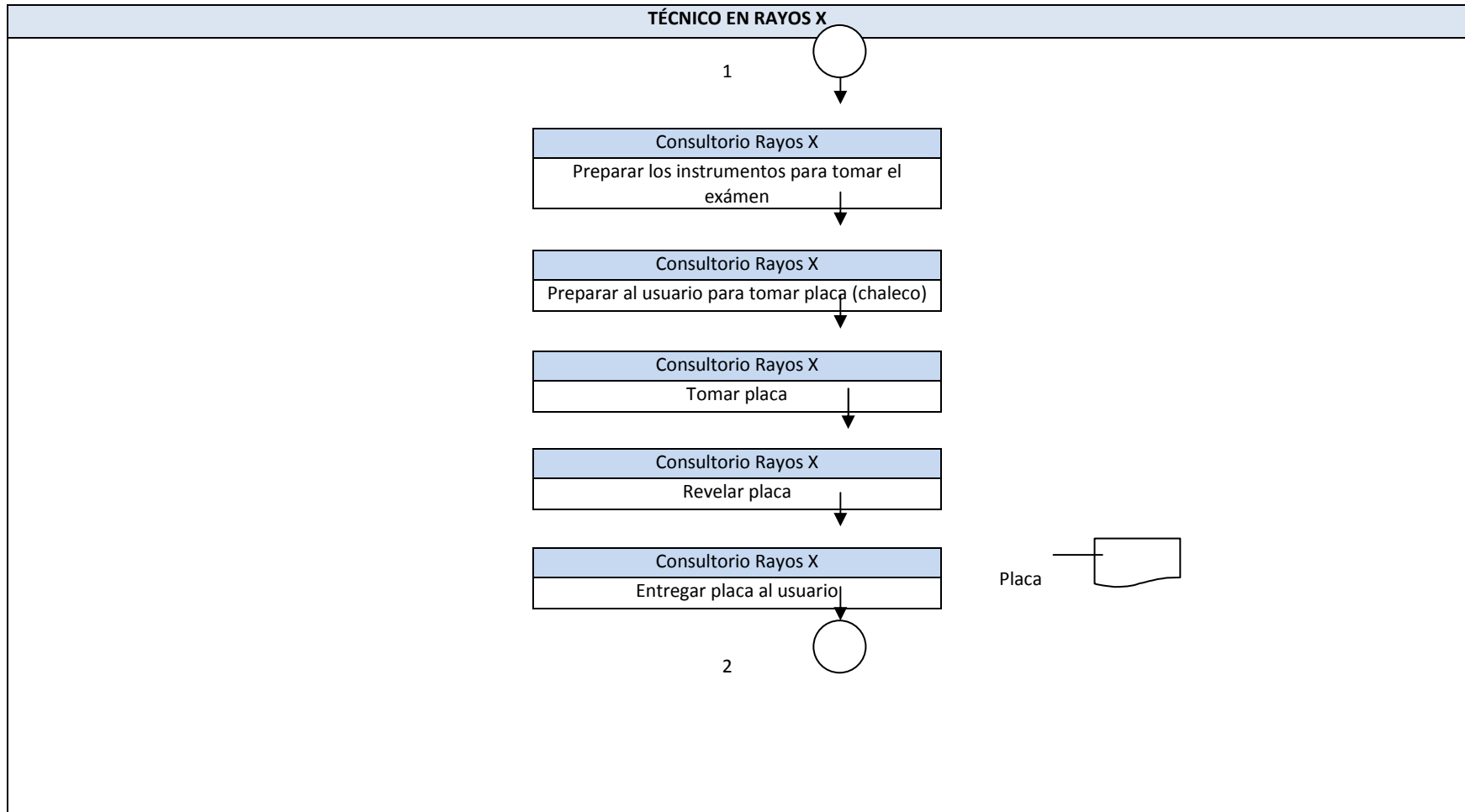


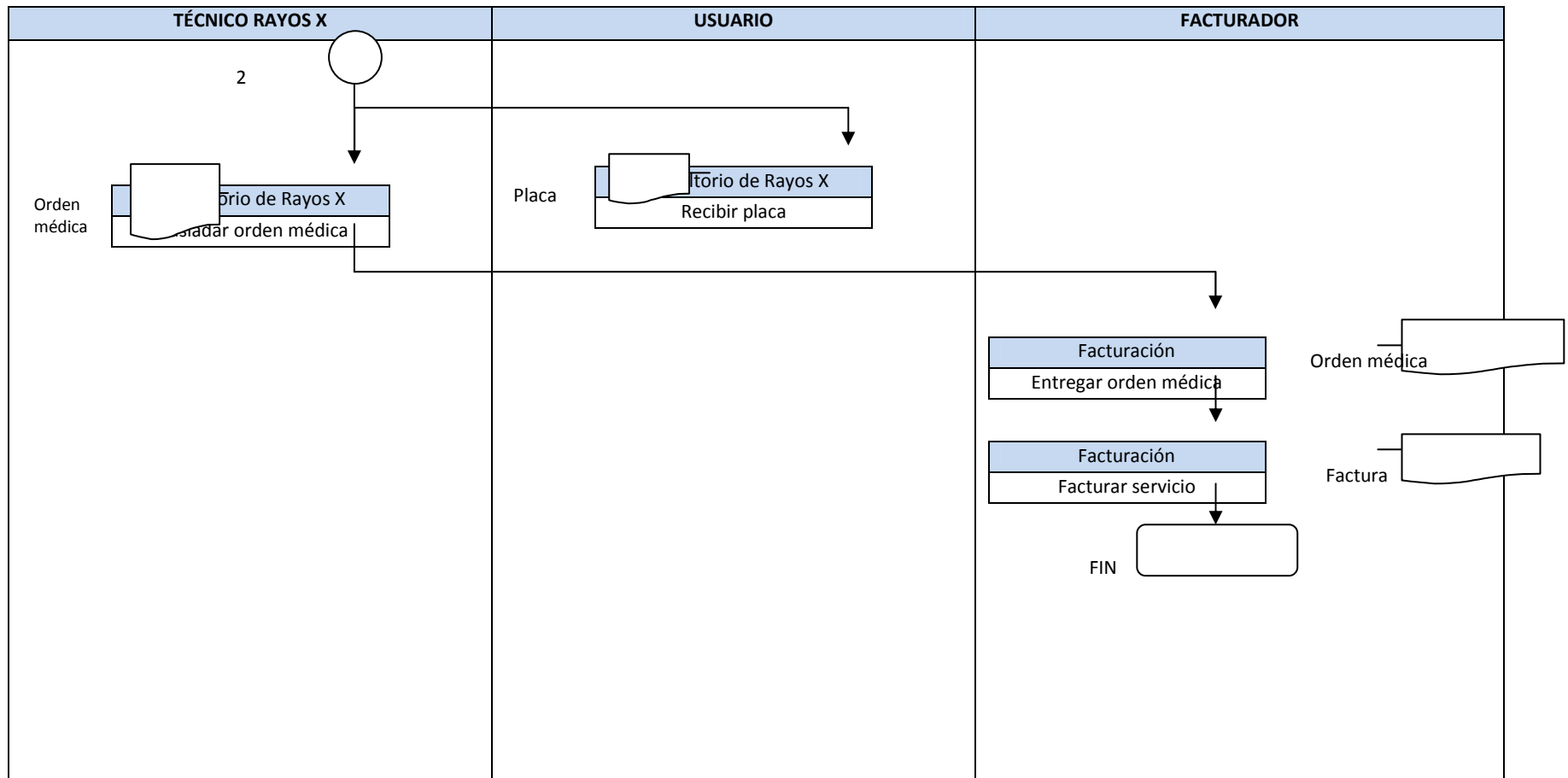
|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141372-9</p>                   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR19M03</b>   |   |
|  |  |   | <b>Edición: 01</b>   |   |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|  |  |   |  | <b>Página: 98 de 281</b>  |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Apoyo Diagnóstico</b>   |   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Imágenes Diagnósticas  |   |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Identificar los pasos consecutivos para la prestación del servicio de rayos X en lasede principal La Vega, con el fin de entregar imágenes diagnósticas legibles y claras. |   |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | El procedimiento de imágenes diagnósticas inicia con la recepción de la orden médica del usuario y termina con la entrega de la placa al usuario.                          |   |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Técnico de rayos X ESE Surorienté  |   |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| - Planificación Estratégica (alta dirección)<br>-Estado<br>-Comunidad<br>-Proceso de Mejoramiento de la Salud Pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación del usuario<br>-Orden médica<br>-Implementos para la toma de la placa  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir solicitud de exámenes y orden médica.</li> <li>2. Solicitar carnet de afiliación y documento de identificación al usuario.</li> <li>3. Verificar datos de afiliación con orden médica.</li> <li>4. Verificar el examen a tomar según orden médica y solicitudes.</li> <li>5. Registrar examen en el libro de registro diario de control.</li> <li>6. Ubicar al paciente en el consultorio.</li> <li>7. Preparar instrumentos para la toma del examen.</li> <li>8. Preparar al usuario para la toma del examen. (chaleco)</li> <li>9. Tomar la placa.</li> <li>10. Revelar la placa.</li> <li>11. Secar la placa.</li> <li>12. Interpretar las imágenes.</li> <li>13. Entregar resultados al usuario.</li> <li>14. Trasladar la orden del médico a facturación.</li> <li>15. Facturar la toma de placa.</li> </ol> | -Orden médica revisada<br><br>-Documentos de identificación del usuario y orden médica correctos<br><br>-Registro en el libro diario de rayos X<br><br>-Toma de examen de rayos X al usuario<br><br>-Placa de rayos X del usuario lista<br><br>-Factura de la toma del examen de rayos X | -Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br><br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Técnico de Rayos X<br>• Facturador  | <b>INTERNOS:</b><br>-Libro de registro diario de toma de rayos X   | <b>EXTERNOS:</b><br>-Modelo NTCGP 1000:2004<br><br>-Principios NTCGP 1000:2004  | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del Decreto 4295 del 06 de noviembre de  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 100 de 1993   |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |

|  |   |  |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |  | <b>Código:<br/>PR19M03</b>   |  |   |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |  |   |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>                                     |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |   |
|  |   |  | <b>Página: 99 de 281</b>   |  |   |
| <b>RECURSOS</b>  |   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                    |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de imágenes diagnósticas.</li> </ul>   |   | <b>INTERNOS:</b>                               | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b>  | <b>LEGALES Y<br/>REGLAMENTARIOS:</b>  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano.</li> <li>Orientación a resultados.</li> <li>Compromiso con la entidad.</li> <li>Trabajo en equipo.</li> <li>Manejo de la información.</li> <li>Experticia asistencial.</li> <li>Adaptación al cambio.</li> <li>Disciplina y responsabilidad.</li> <li>Cordialidad y colaboración.</li> <li>Iluminación y seguridad</li> </ul> |   |  |  | 2007 del<br>D.A.S.P<br>Artículo<br>1,2,3,4,5 y 7<br>" Calidad de la<br>Atención en<br>Salud "<br><br>-Decreto 1011<br>de 2006<br>" Calidad de la<br>Atención en<br>Salud " | -Ley 10 de 1990<br><br>-Ley 715 de 2001" Ley<br>de competencias y<br>recursos para salud" |
| <b>INDICADORES:</b>  |   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |  |   |
| No. de Estudios de Imágenes Diagnósticas a Pacientes Hospitalizados en el Período<br><hr/> No. de Estudios de Imágenes a Pacientes Ambulatorios y Hospitalizados en el Período<br><hr/> No. de Estudios de Imágenes Diagnósticas a Pacientes Ambulatorios en el Período<br><hr/> No. de Estudios de Imágenes a Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios en el Período   |   |  | Porcentaje de estudios de imágenes diagnósticas a pacientes hospitalizados<br><br><br><br>Porcentaje de estudios de imágenes diagnósticas a pacientes ambulatorios |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>                                 |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO IMÁGENES DIAGNOSTICAS**








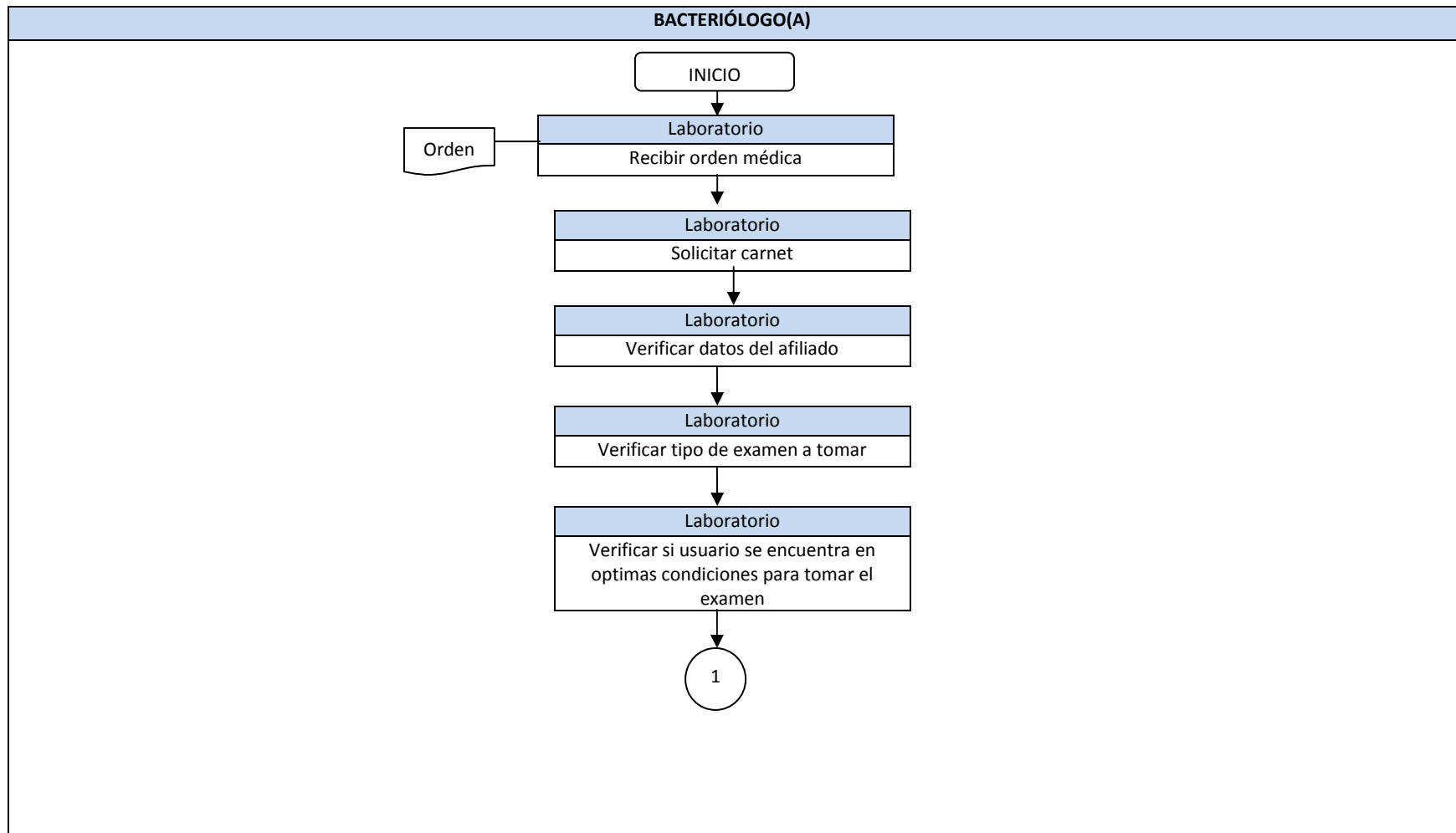
**5. PROCESOS MISIONALES**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Apoyo Diagnóstico</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Laboratorio Clínico   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Identificar los pasos consecutivos para la prestación del servicio de laboratorio clínico en las diferentes la sede principal La Vega,k con el fin de entregar resultados claros, coherentes y oportunos. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | El procedimiento de laboratorio clínico inicia con la recepción de la orden médica del usuario y finaliza con la entrega de resultados al usuario.  |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Bacteriólogo ESE Surorienté   |

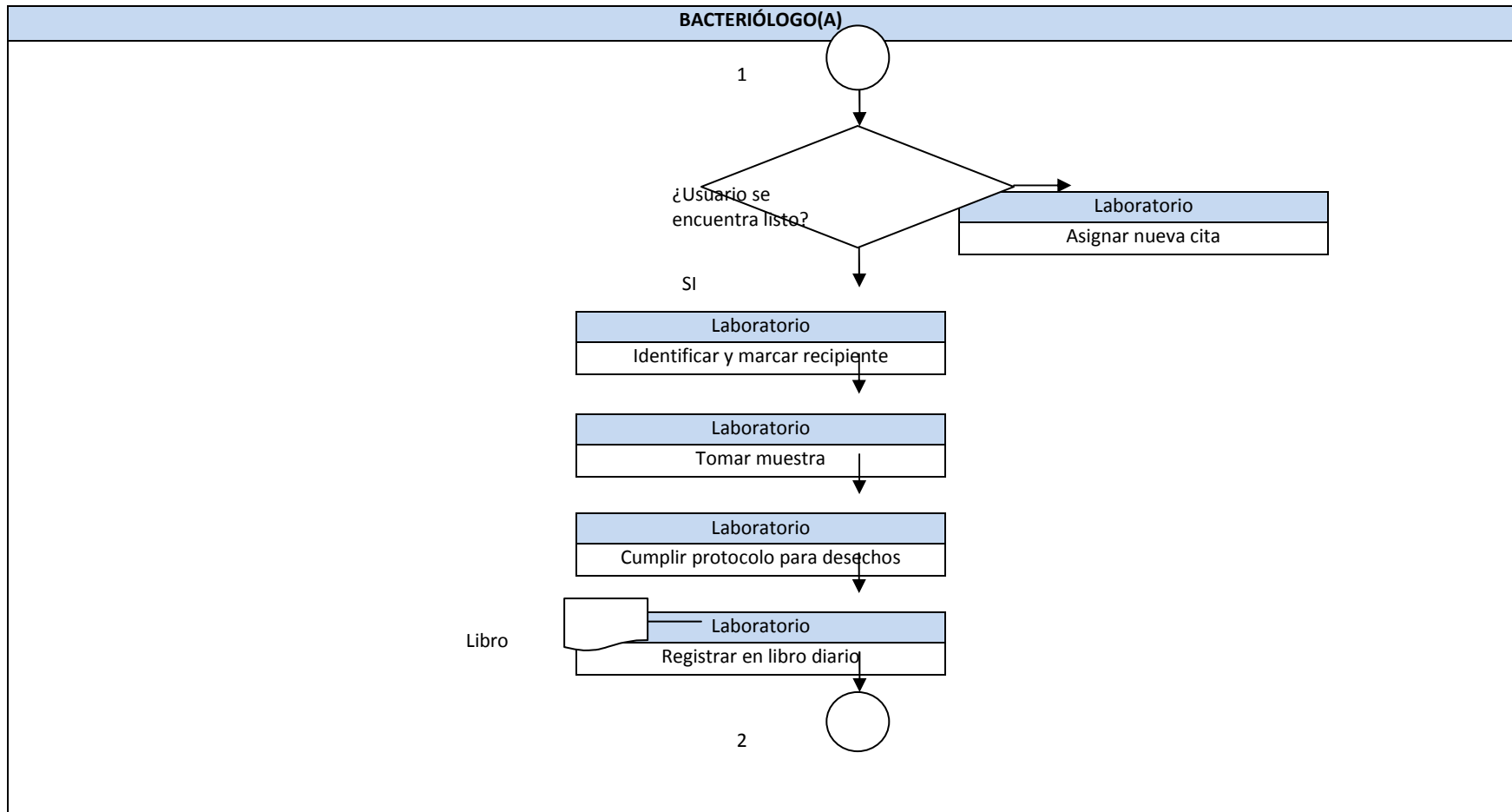
| PROVEEDORES  | ENTRADAS  | ACTIVIDADES   | SALIDAS  | CLIENTES  |
|--|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación Estratégica (alta dirección)</li> <li>-Estado</li> <li>-Comunidad</li> <li>-Proceso de Mejoramiento de la Salud Pública</li> <li>-Certificados de idoneidad</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentos de identificación del usuario</li> <li>-Orden médica</li> <li>-Base de datos</li> <li>-Implementos para la toma de la muestra</li> <li>-Protocolos de manejo de residuos</li> <li>-Plan terapéutico</li> <li>-Personal calificado</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir orden médica.</li> <li>2. Solicitar al usuario el carnet de afiliación y el documento de identificación.</li> <li>3. Verificar datos de afiliación del usuario.</li> <li>4. Verificar tipo de actividad definida en la orden médica.</li> <li>5. Verificar si el usuario esta en óptimas condiciones para la toma de la muestra.</li> <li>6. Si no cumple se le da las recomendaciones necesarias para la toma de muestra y se le asigna nueva cita.</li> <li>7. Si cumple con las condiciones necesarias para la toma de muestra continuar con el paso siguiente.</li> <li>8. Registro diario en el libro de control de laboratorio clínico.</li> <li>9. Identificar y marcar el recipiente en el que se va a recibir la muestra.</li> <li>10. Realizar toma de muestra según procedimiento (Serología VDRL, Hemograma Completo, Hemoclasificación, Uroanálisis, Glicemia y Ecografía Obstétrica)</li> <li>11. Desarrollar procedimiento de acuerdo con los solicitado.</li> <li>12. Cumplir con los protocolos para el desecho de la muestra.</li> <li>13. Desinfección y esterilización de instrumental.</li> <li>14. Registro del resultado en libro diario de control del laboratorio clínico.</li> <li>15. Elaborar reportes de resultados.</li> <li>16. Generar factura.</li> <li>17. Entregar resultados al usuario.</li> <li>18. Archivar facturas.</li> <li>19. Organizar las facturas por entidad.</li> <li>20. Enviar las facturas al archivo final de cada mes.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Orden médica revisada</li> <li>-Documentos de identificación del usuario</li> <li>-Usuario activo en la base de datos</li> <li>-Usuario apto para la toma de la muestra</li> <li>-Toma de la muestra</li> <li>-Registro en el libro de la toma de la muestra</li> <li>-Factura de la toma de la muestra</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

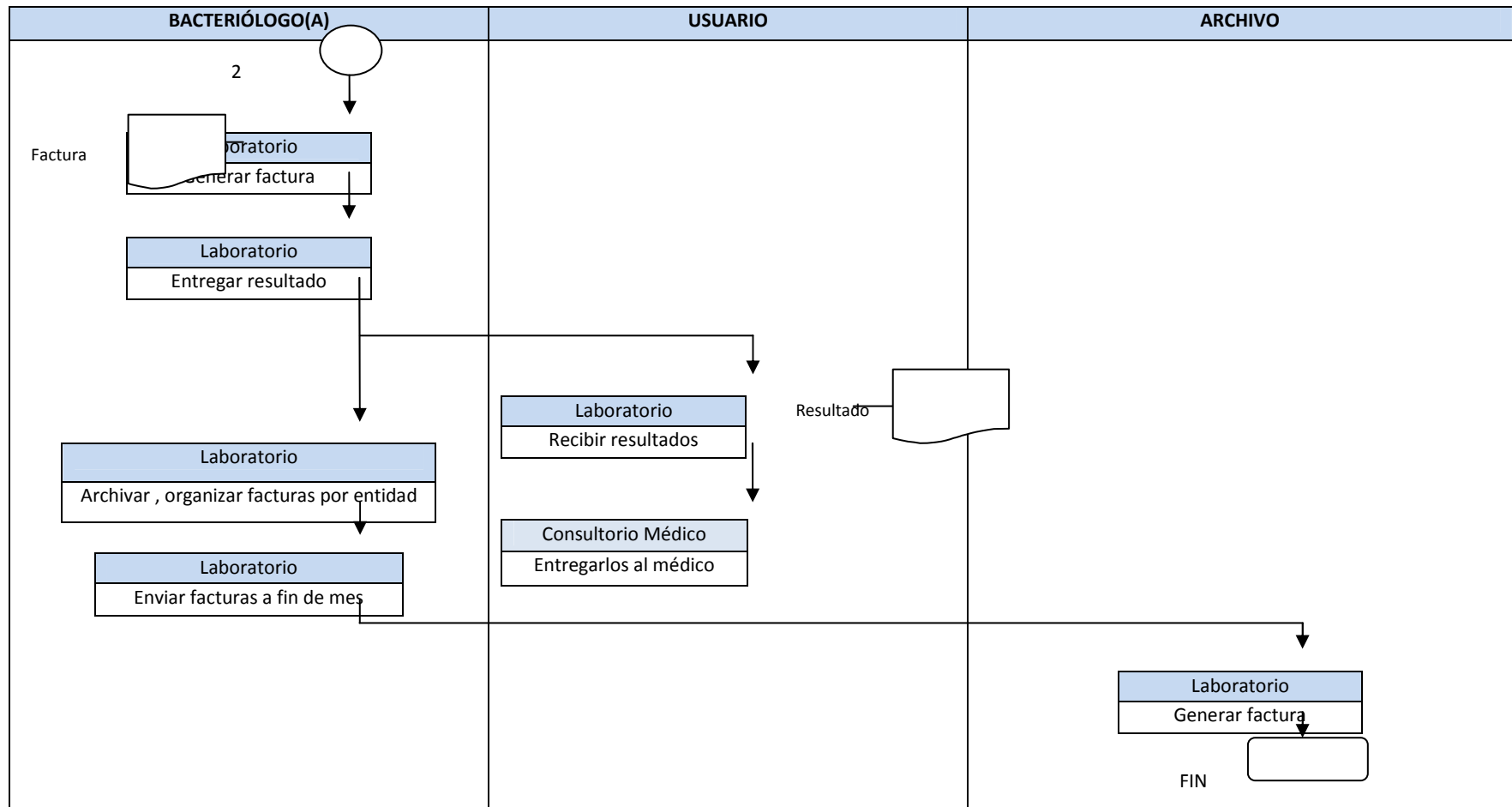
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>M.T. 90.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR20M04</b>   |  |
|---|--|--|--|--|
|   |  |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
|   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |
|   |  |  |  | <b>Página: 104 de 281</b>  |
| RECURSOS  | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |  | REQUISITOS APLICABLES  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacteriólogo</li> <li>• Auxiliar de Laboratorio Clínico</li> <li>• Facturador</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Orden médica</li> <li>-Formato para hematológica, uro análisis, química sanguínea, frotis vaginal, serologías-BHCG, hemogramas, coprológicos</li> </ul>               | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de conductas básicas en bioseguridad y manejo integral</li> </ul>  | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Normas de manejo de residuos</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio clínico</li> <li>• Área de archivo</li> <li>• Instrumentos de toma de muestras</li> <li>• Computadoras</li> <li>• Equipo de oficina</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Libro diario de laboratorio clínico</li> <li>-Factura</li> <li>-Protocolos para el desecho de la muestra</li> <li>-Protocolos desinfección y esterilización de instrumental</li> </ul> |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> </ul> |  |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>No. de Exámenes de Laboratorio a Pacientes</u></li> <li>No. de Consultas Externas y Urgencias en el Período</li> <li>Sumatoria del No. de Horas Transcurridos entre la Solicitud del Servicio de Laboratorio Clínico y el Momento en el Cual es Prestado el Servicio</li> <li><u>No. Total de Atenciones en Servicios de Laboratorio Clínico</u></li> </ul>   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de exámenes de laboratorio por egreso.</li> <li>Oportunidad en la Atención en servicios de Imagenología.</li> </ul> |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |









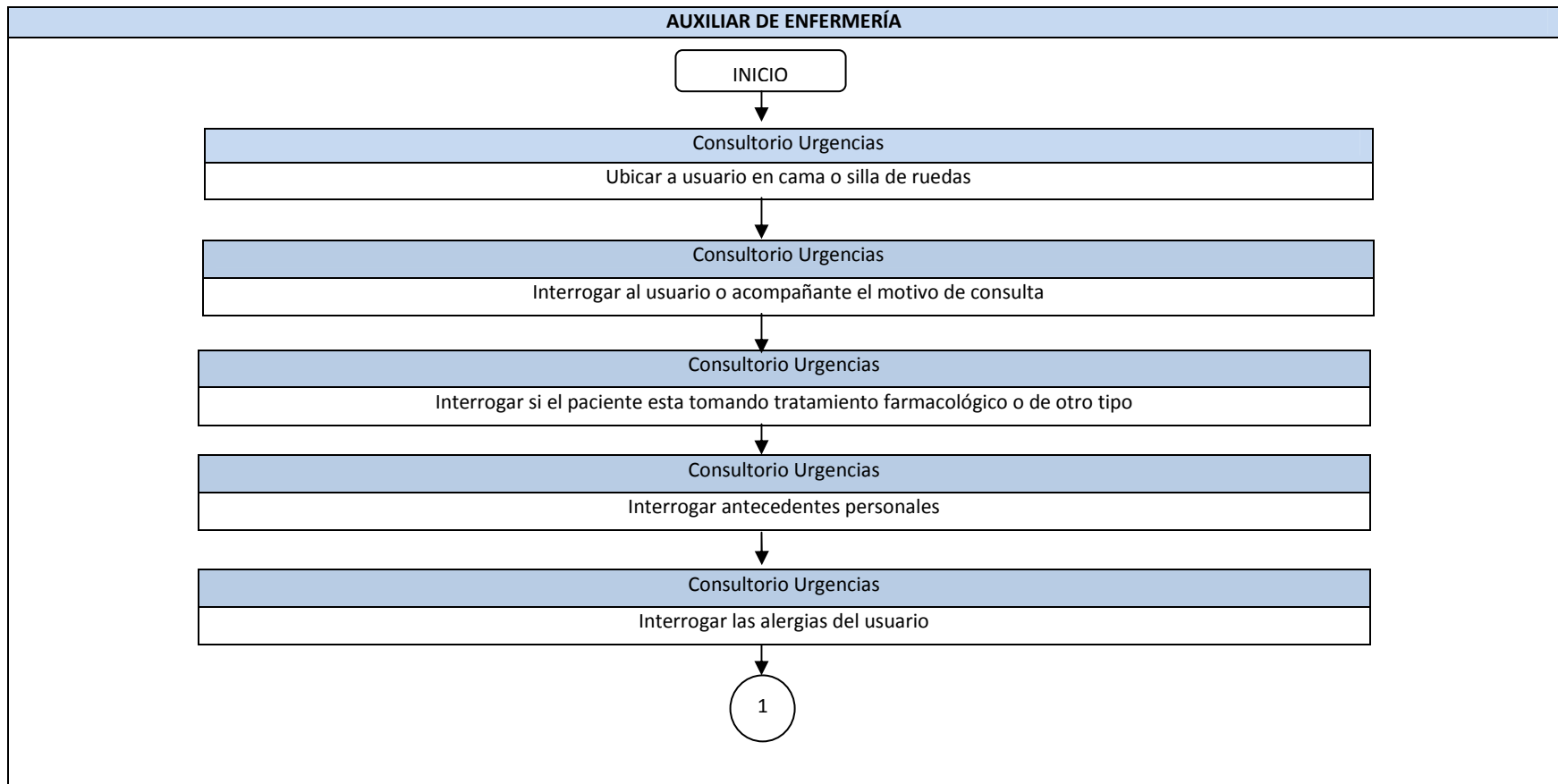
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO LABORATORIO CLÍNICO**



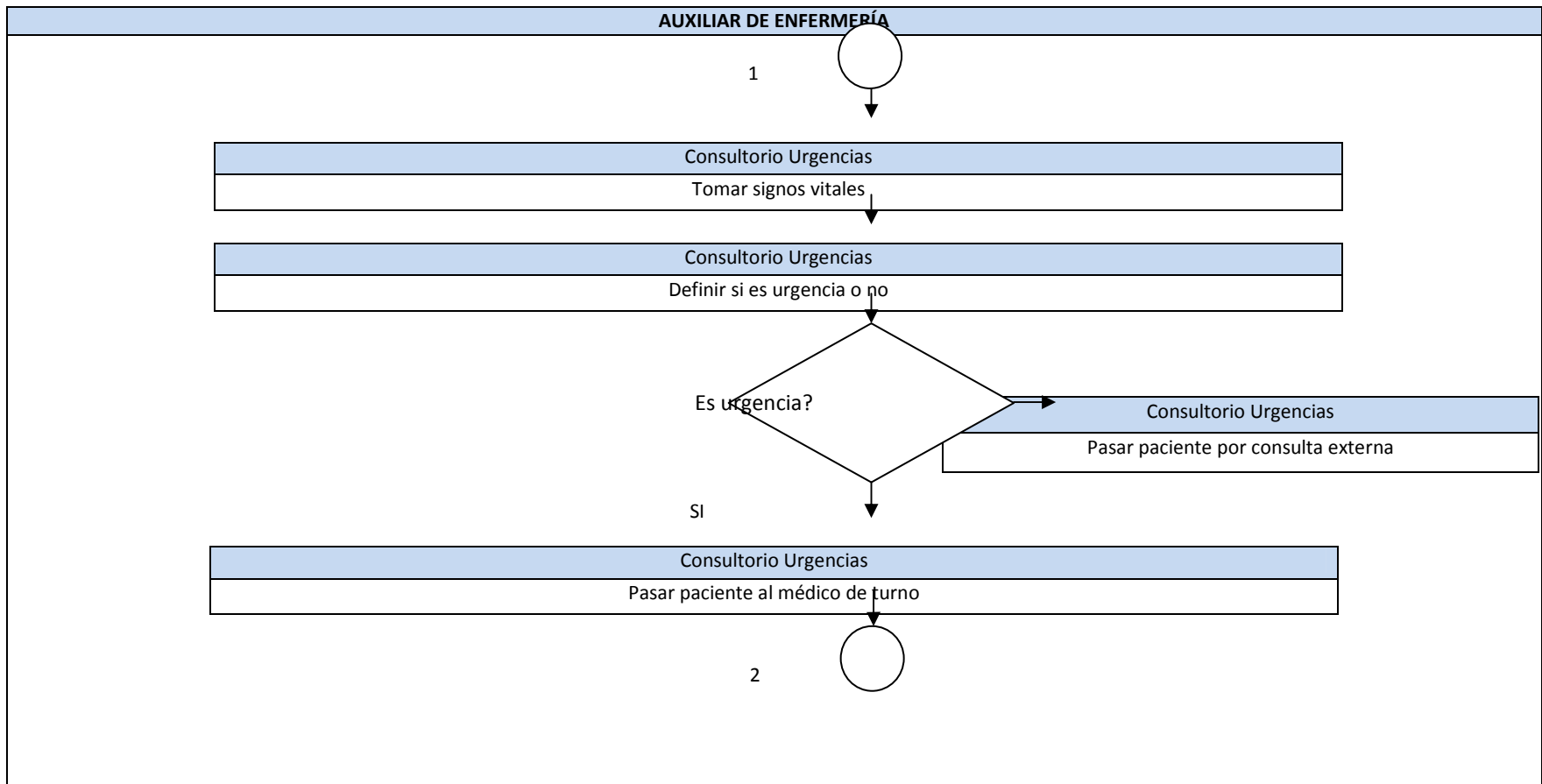
|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>MIT, 900141-572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  |  | <b>Código:<br/>PR21M05</b>  |
|  |   |  |  | <b>Edición: 01</b>  |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |
|  |   |  |  | <b>Página: 108 de 281</b>   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Atención de Urgencias</b>  |  |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Atención de Urgencias Vitales   |  |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Garantizar una adecuada atención al usuario en el servicio de urgencias.  |  |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la ubicación del usuario en silla de ruedas o camilla según lo amerite y finaliza con la entrega de las facturas.   |  |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Médico urgencias ESE Surorienté   |  |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidad</li> <li>- Estado</li> <li>- Planificación estratégica del servicio</li> <li>- Entidades aseguradoras</li> <li>-Estrategia de calidad del servicio</li> <li>-Políticas de calidad</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Silla de ruedas o camilla</li> <li>- Instrumentos de toma de signos vitales: tensiómetro, fonendoscopio termómetro y reloj</li> <li>- Equipo médico de urgencias</li> <li>-Medicamentos u órdenes médicas</li> <li>- Protocolo para la atención de urgencias</li> <li>-Requisitos mínimos esenciales para el área de urgencias</li> <li>-Documentos de identificación del usuario: carnet y documento de identidad)</li> <li>- Historia clínica del paciente</li> <li>-Software de facturación</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir al usuario en el servicio.</li> <li>2. Ubicar al usuario en silla de ruedas o camilla según lo amerite.</li> <li>3. Interrogar al usuario o acompañante del motivo de consulta y forma como sucedieron los hechos.</li> <li>4. Interrogar al usuario o el acompañante si esta tomando en el momento tratamiento farmacológico o de otro tipo.</li> <li>5. Interrogar por antecedentes personales.</li> <li>6. Interrogar las alergias de usuario.</li> <li>7. Tomar signos vitales.</li> <li>8. Definir si es una urgencia o no</li> <li>9. Si no es urgencia se pasa al médico por consulta externa (seguir procedimiento de consulta externa).</li> <li>10. Si es una urgencia se pasa al médico por urgencias continuando con el paso siguiente.</li> <li>11. Realizar examen clínico al usuario por urgencias.</li> <li>12. Realizar manejo clínico al usuario de acuerdo a su patología aplicando los protocolos de tratamiento médico por urgencias.</li> <li>13. Solucionar la urgencia del usuario con los insumos necesarios.</li> <li>14. Prescribir órdenes médicas y exámenes diagnósticos.</li> <li>15. Sacar del stop de farmacia de urgencias los medicamentos necesarios para la atención.</li> <li>16. Verificar que los medicamentos coincidan con la orden médica.</li> <li>17. Suministrar los medicamentos al usuario.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención inmediata al usuario en urgencias</li> <li>- Ingreso del usuario al servicio</li> <li>- Motivo de consulta del usuario</li> <li>- Valoración de los signos vitales del paciente</li> <li>- Evaluación rápida y precisa de las condiciones específicas de salud que presenta el usuario</li> <li>- Conducta a seguir apropiada en beneficio de la salud del paciente (observación, hospitalización remisión o salida.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
|    |   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR21M05</b>  |  |
|   |   |  |   | <b>Edición: 01</b>  |  |
|   |   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |  |
|   |   |  |   | <b>Página: 109 de 281</b>   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   |   |   | <b>SALIDAS</b>   |
|   | -Información de contratos de las entidades aseguradoras | <b>18.</b> Ingresar los datos personales del usuario en la Historia Clínica de urgencias.<br><b>19.</b> Registrar signos vitales en Historia Clínica.<br><b>20.</b> Registrar la atención médica en la Historia Clínica del usuario.<br><b>21.</b> Definir que conducta se debe seguir (observación, hospitalización, remisión, salida).<br><b>22.</b> Si la conducta es de (observación, hospitalización, remisión) seguir con procedimiento de hospitalización o traslado asistencial<br><b>23.</b> Si la conducta es de salida continuar con el paso siguiente.<br><b>24.</b> Diligenciar la orden de salida y dar órdenes médicas. |   |   | - Factura de servicios prestados   |
| <b>RECURSOS</b>   |   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de Enfermería</li> <li>Médico de Urgencias</li> <li>Facturador</li> <li>Médico de Turno</li> </ul>  |   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registro individual de urgencias</li> <li>-Atención odontológica de urgencias</li> <li>-Formato de consulta de urgencias</li> <li>-Factura</li> </ul>   | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Libro de requisitos mínimos esenciales para la atención</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud"</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Resolución 5261 de 1994, artículo 10</li> <li>-Decreto 783 de 2000</li> <li>-Decreto 1406 de 1999, Artículo 42</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de urgencias</li> <li>Área de urgencias</li> <li>Área de facturación</li> <li>Equipo de toma de signos vitales</li> <li>Equipo médico de urgencias</li> </ul>   |   |  |   |   |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Confiable y responsabilidad</li> <li>Cordialidad y colaboración</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Iluminación de las instalaciones</li> </ul> |   |  |   |   |  |
| <b>INDICADORES:</b> <p style="text-align: center;">No. de Usuarios Hospitalizados</p> <hr/> <p style="text-align: center;">No. Total de Usuarios que Ingresan a Urgencias</p> <p style="text-align: center;">Sumatoria de No. de Minutos Transcurridos entre la Solicitud de Atención en la Consulta de Urgencias y el Momento en el cual es Atendido el Paciente en Consulta por parte del Médico</p> <hr/> <p style="text-align: center;">No. Total de Usuarios Atendidos en Consulta de Urgencias</p>  |   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b> <p style="text-align: center;">Oportunidad en la atención en consulta de urgencias.</p>              |   |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |

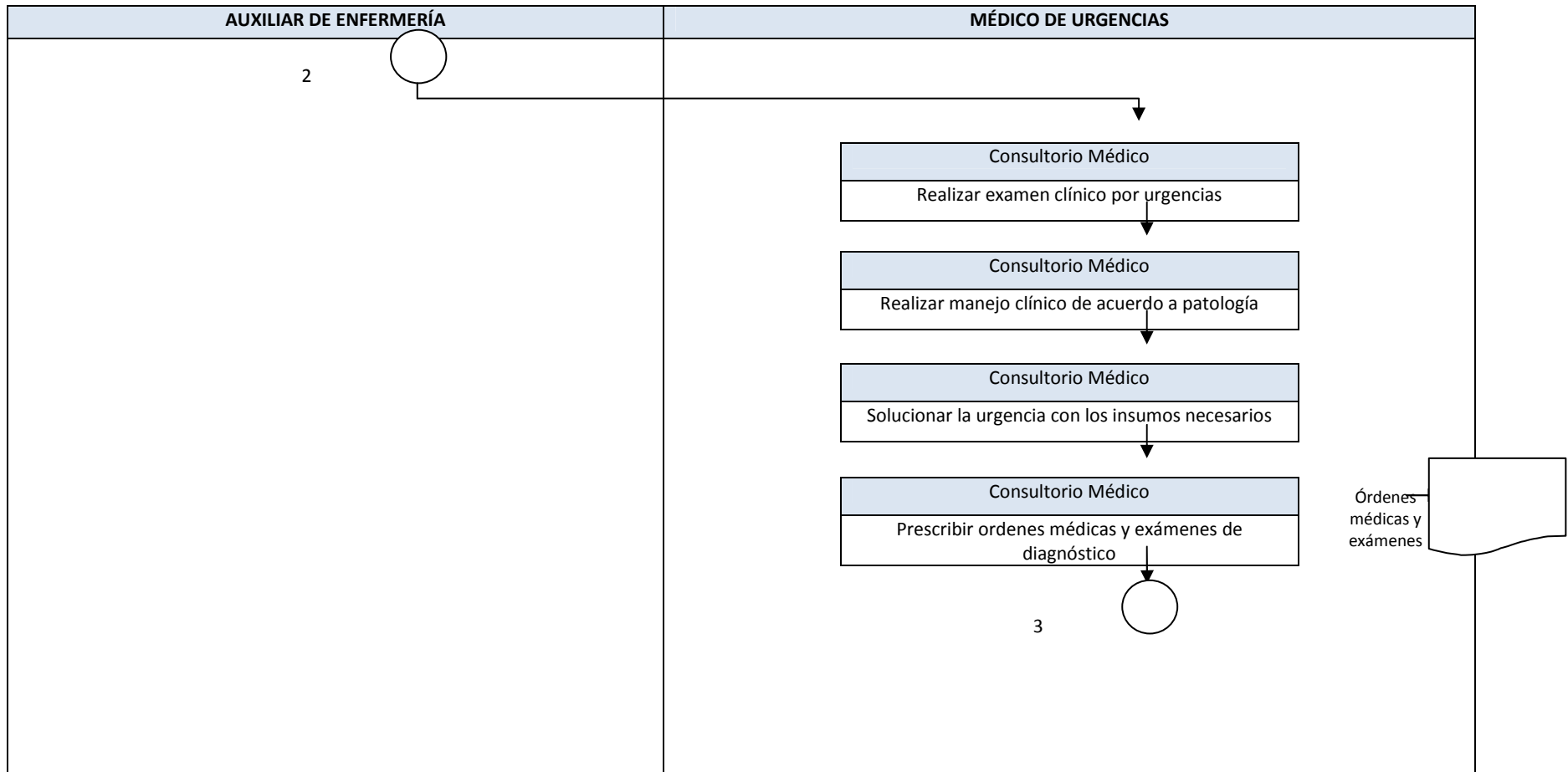




**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN URGENCIAS VITALES**

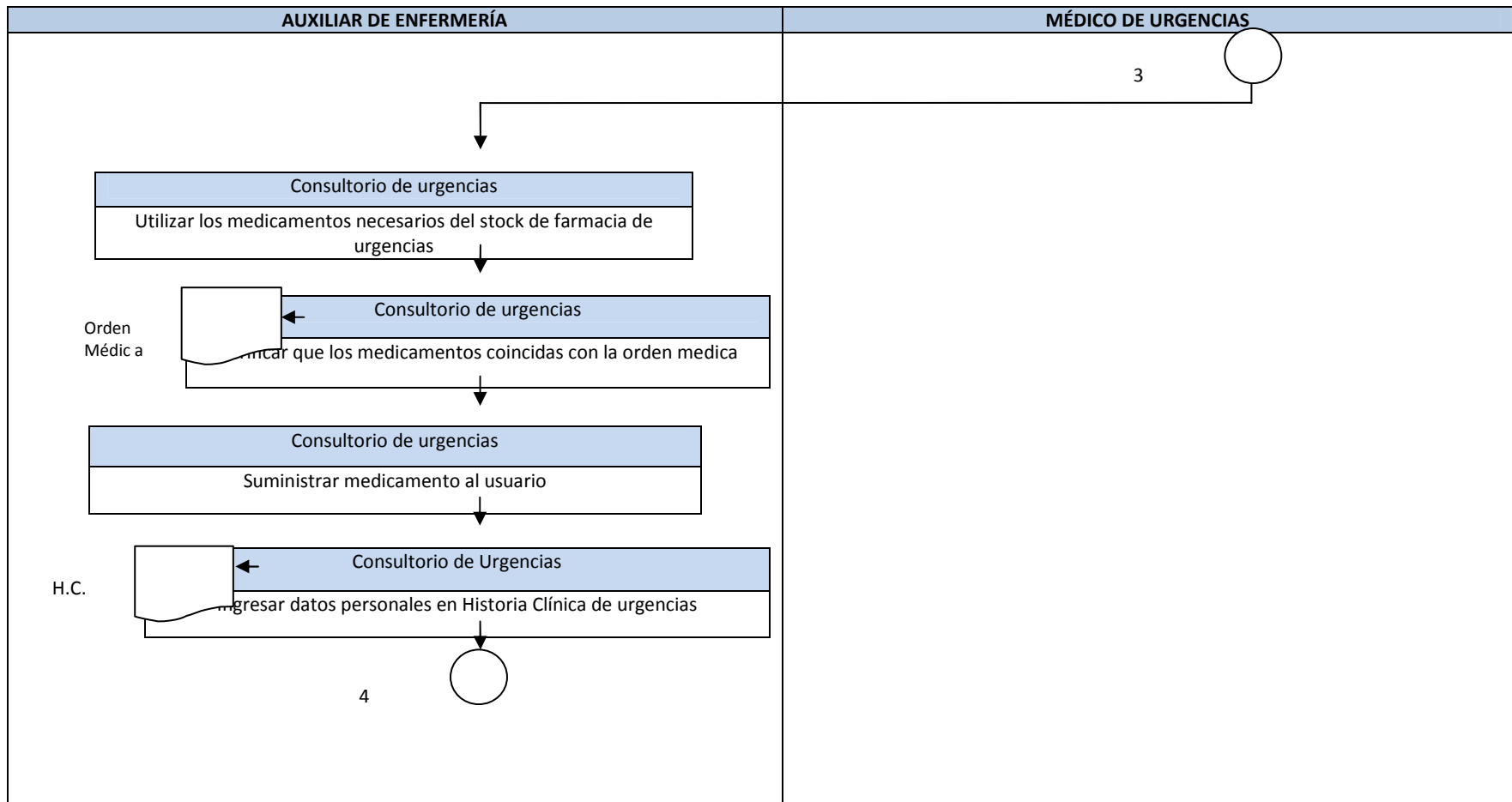


**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN URGENCIAS VITALES**

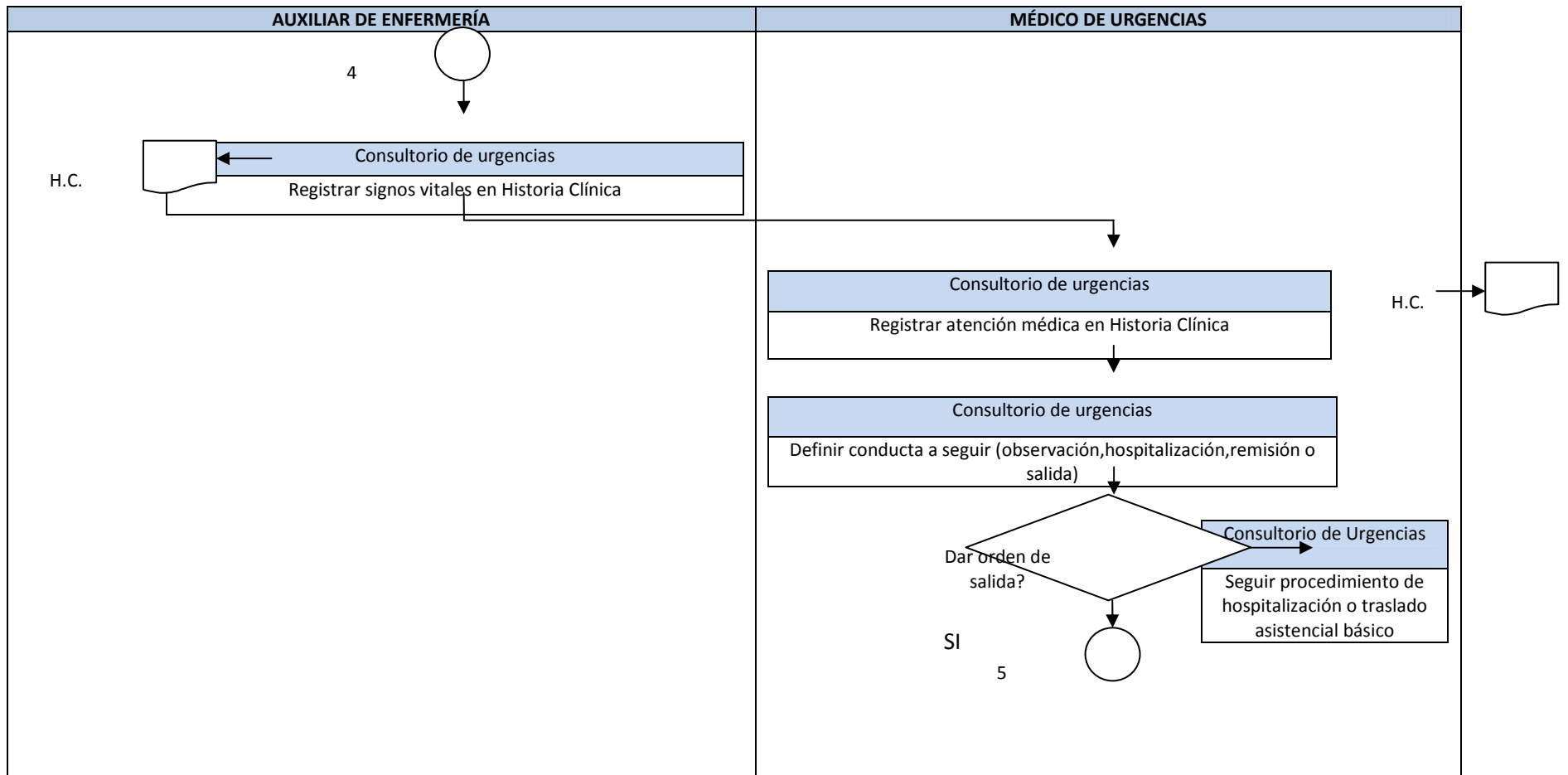




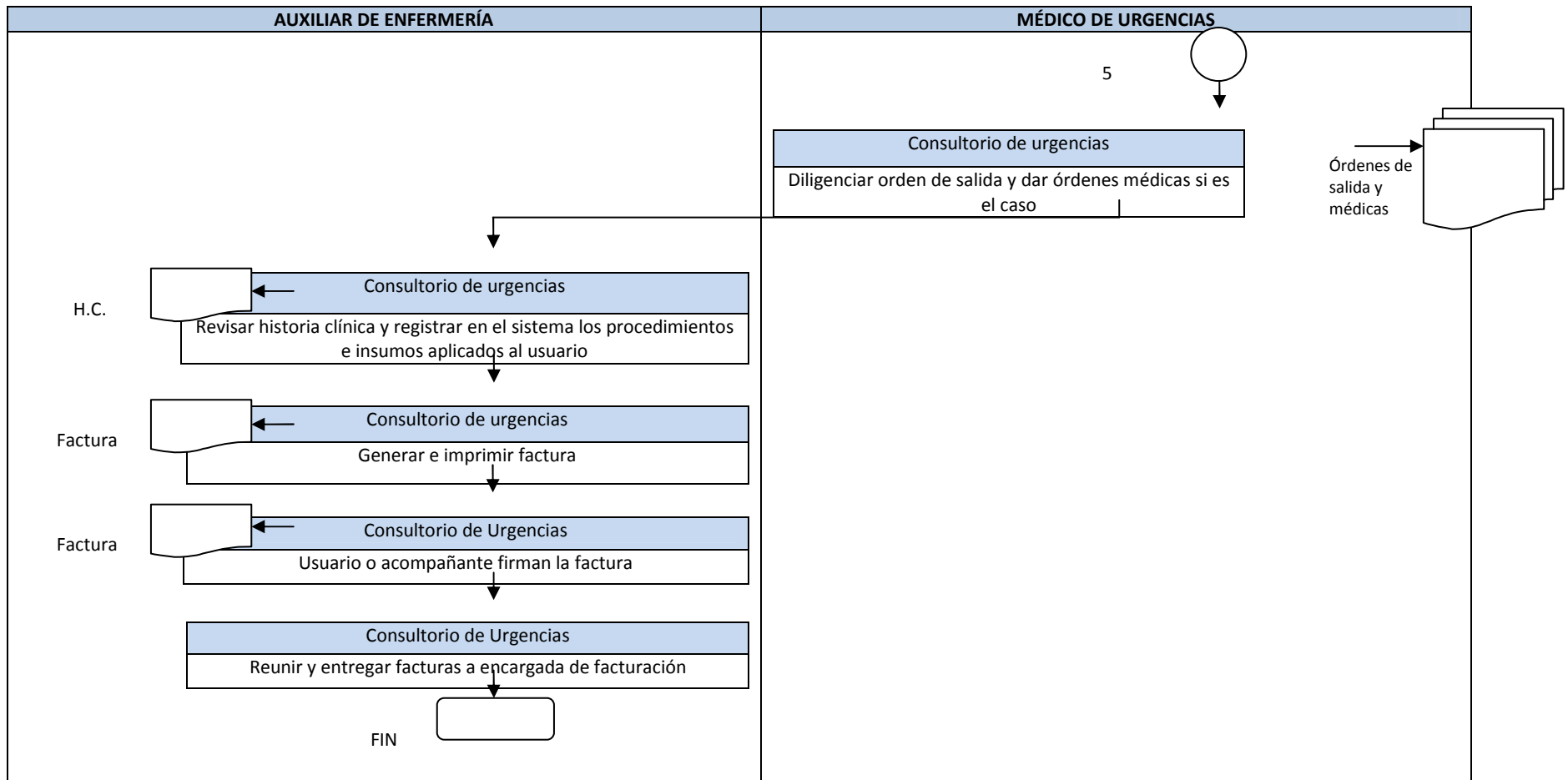
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN URGENCIAS VITALES**





**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN URGENCIAS VITALES**



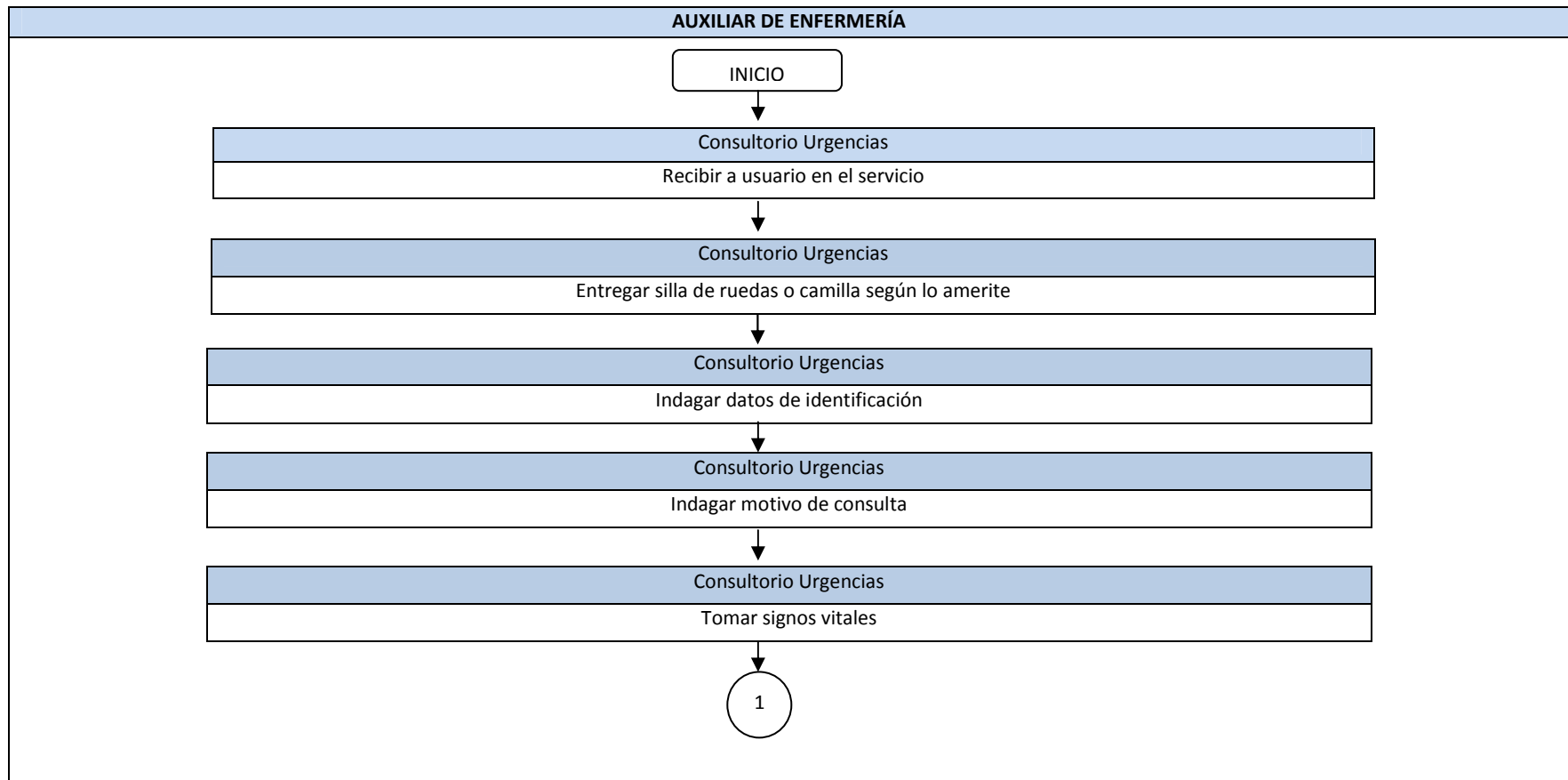
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN URGENCIAS VITALES**



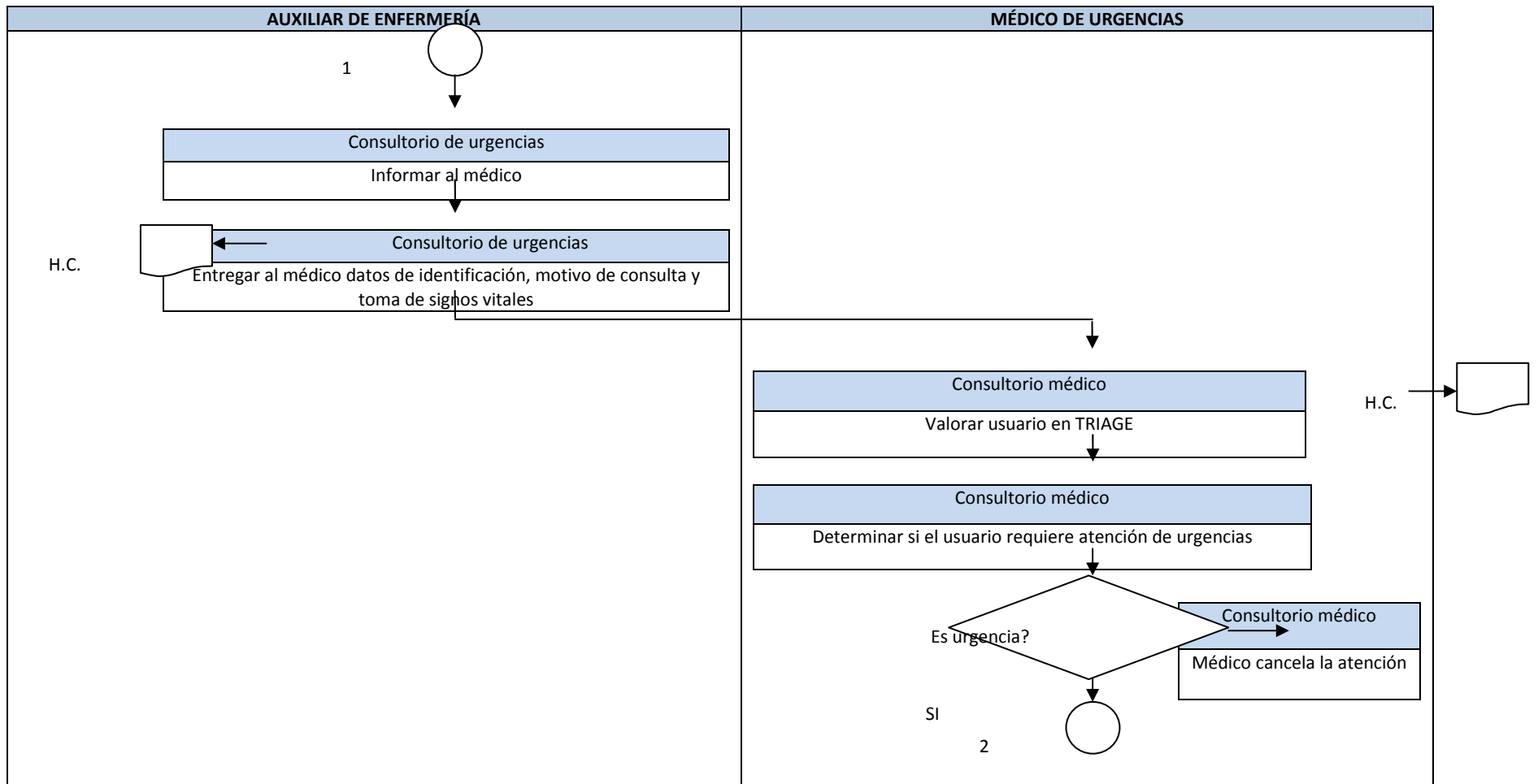
|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>MT. 900.141.5729</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |   | <b>Código:<br/>PR22M06</b>  |   |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |   | <b>Edición: 01</b>  |   |
|  |   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |   |
|  |   |   | <b>Página: 117 de 281</b>   |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Atención de Urgencias</b>  |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Atención de Urgencias No Vitales  |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Garantizar una adecuada atención al usuario en el servicio de urgencias con el fin de atenderlo de forma rápida, eficaz, oportuna y pertinente.   |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la ubicación del usuario en silla de ruedas o camilla según lo amerite y finaliza con la entrega de las facturas.   |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Medico ESE Surorienté   |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidad</li> <li>- Estado</li> <li>- Planificación estratégica del servicio</li> <li>- Entidades aseguradoras</li> <li>-Estrategia de calidad del servicio</li> <li>-Políticas de calidad</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Silla de ruedas o camilla</li> <li>-Instrumentos para la toma de signos vitales:<br/>tensiómetro, fonendoscopio termómetro y reloj</li> <li>-Requisitos mínimos esenciales para la atención de urgencias</li> <li>- Documentos de identificación del usuario (carnet y documento de identidad)</li> <li>- Historia clínica</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir al usuario en el servicio.</li> <li>2. Recibir al usuario en silla de ruedas o camilla según lo amerite.</li> <li>3. Indagar datos de identificación.</li> <li>4. Indagar por el motivo de consulta.</li> <li>5. Tomar signos vitales.</li> <li>6. Informar al médico.</li> <li>7. Comunicar al médico los datos de identificación del usuario, el motivo de consulta y el resultado de la toma de signos vitales.</li> <li>8. Valorar al usuario en TRIAGE.</li> <li>9. Determinar si el usuario requiere atención de urgencias.</li> <li>10. Si el usuario no requiere atención de urgencias, el médico le informa que debe cancelar la atención.</li> <li>11. Si el usuario requiere atención de urgencias, continuar con el paso siguiente.</li> <li>12. Diligenciar la Historia Clínica con los datos obtenidos al momento.</li> <li>13. Realizar el exámen clínico al usuario.</li> <li>14. Manejar clínicamente al usuario de acuerdo a su patología aplicando los protocolos de tratamiento médico por urgencias.</li> <li>15. Definir el diagnóstico.</li> <li>16. Prescribir órdenes médicas y de laboratorio.</li> <li>17. Definir que conducta se debe seguir (observación, hospitalización, remisión, salida).</li> <li>18. Si la conducta es de (observación, hospitalización, remisión) seguir con procedimiento de hospitalización o traslado asistencial básico.</li> <li>19. Si la conducta es de salida continuar con el paso siguiente.</li> <li>20. Diligenciar la orden de salida y dar órdenes médicas.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica, rápida, eficaz, pertinente y oportuna al usuario</li> <li>- Ingreso del usuario al servicio</li> <li>-Valoración del usuario en triage</li> <li>-Decisión sobre si el usuario debe ser atendido en urgencias</li> <li>- Historia Clínica en urgencias</li> <li>- Definir diagnóstico</li> <li>-Conducta a seguir en la atención al usuario</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados:<br/>Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>-Entidades aseguradoras:<br/>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|---|--|
|   |   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR22M06</b>  |  |
|  |   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |  | <b>Edición: 01</b>  |  |
| <b>Fecha: 12/05/2009</b>   |   |  |  |   |  |
| <b>Página: 118 de 281</b>  |   |  |  |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   |  |   | <b>SALIDAS</b>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Órdenes médicas</li> <li>-Software de facturación</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li><b>21.</b> Revisar la Historia Clínica y registrar en el sistema los insumos suministrados al usuario en su estancia y procedimientos realizados.</li> <li><b>22.</b> Generar e imprimir la factura.</li> <li><b>23.</b> Firmar la factura por parte del acompañante o usuario.</li> <li><b>24.</b> Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li><b>25.</b> Reunir y entregar las facturas a la encargada de facturación para su verificación.</li> </ol> |  |   | -Facturación de la atención  |
| <b>RECURSOS</b>  |   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Médico de Turno</li> <li>• Médico de Urgencias</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Facturador</li> </ul>  |   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registro individual de urgencias</li> <li>-Atención odontológica de urgencias</li> <li>-Formato de consulta de urgencias</li> <li>-Factura</li> </ul>   | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Libro de requisitos mínimos esenciales para la atención de urgencias</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Resolución 5261 de 1994, artículo 10</li> <li>-Decreto 783 de 2000</li> <li>-Decreto 1406 de 1999, artículo 42</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de urgencias</li> <li>• Área de urgencias</li> <li>• Área de facturación</li> <li>• Equipo de toma de signos vitales</li> <li>• Equipo médico de urgencias</li> </ul>  |   |  |  |   |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Iluminación de las instalaciones</li> <li>• Iluminación de las instalaciones</li> <li>• Instalaciones completamente limpias</li> </ul> |   |  |  |   |  |
| <b>INDICADORES:</b>  |   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |   |  |
| <u>No. de Consultas en Urgencias en el Período</u><br><br><u>No. de Egresos en el Período</u>  |   |  | Relación consulta egresos.   |   |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |

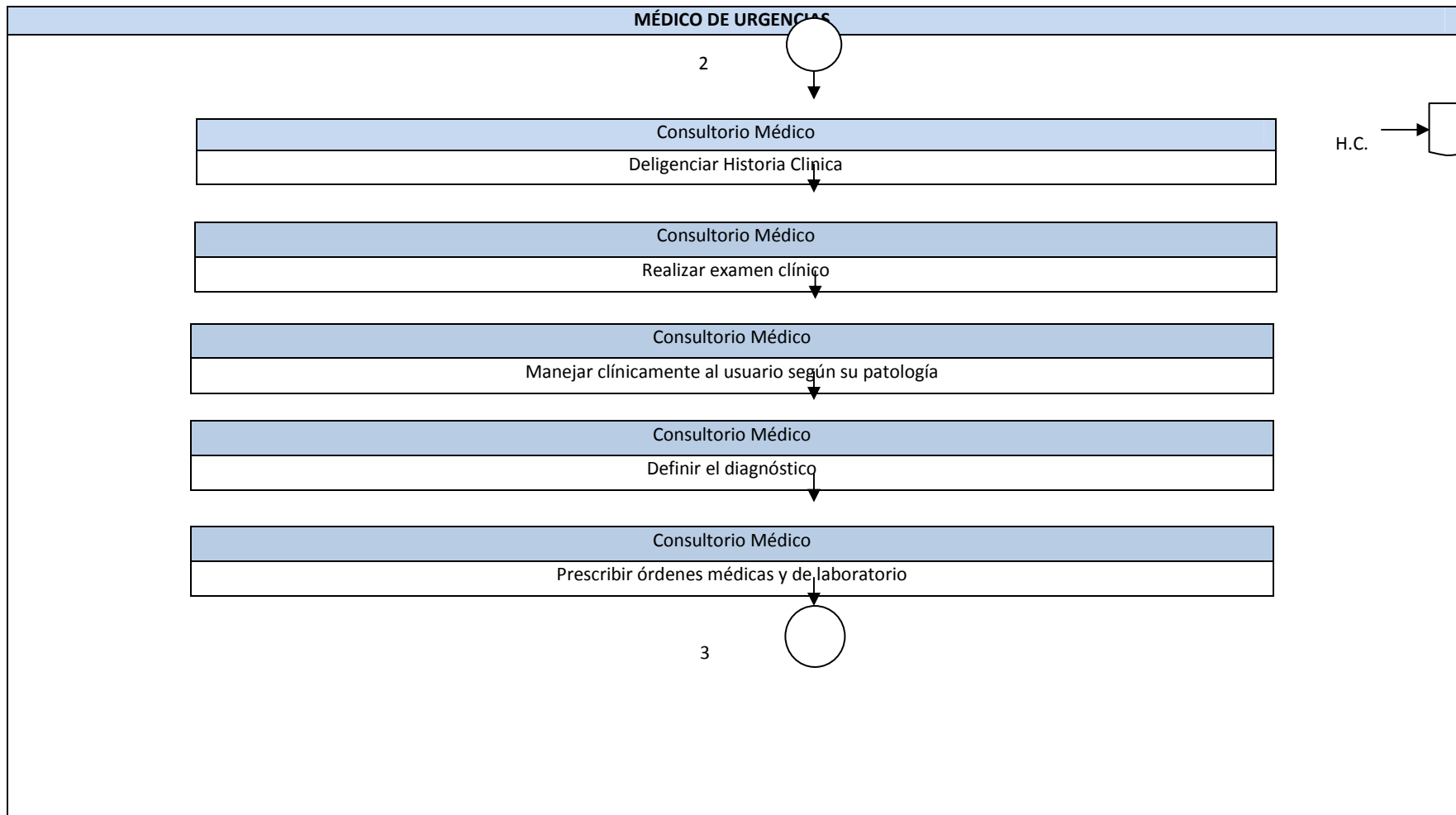
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS NO VITALES**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS NO VITALES**

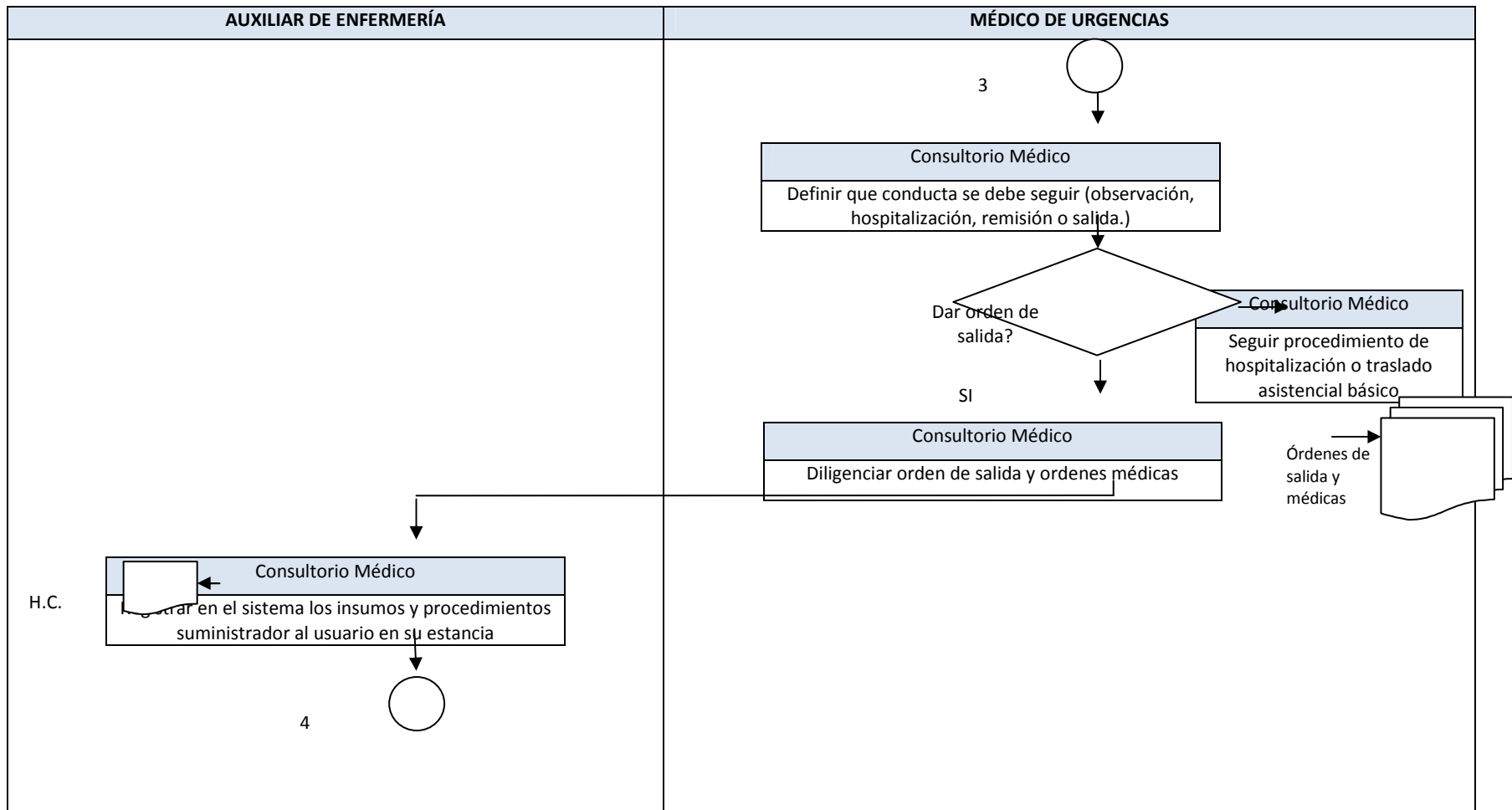


**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS NO VITALES**



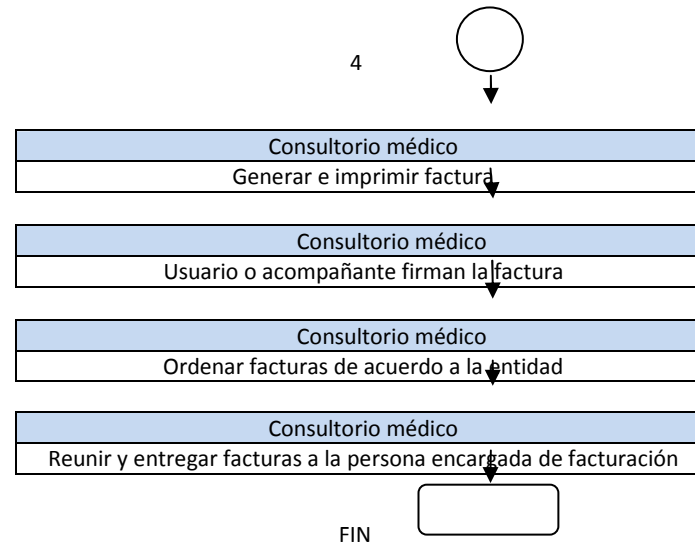



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS NO VITALES**




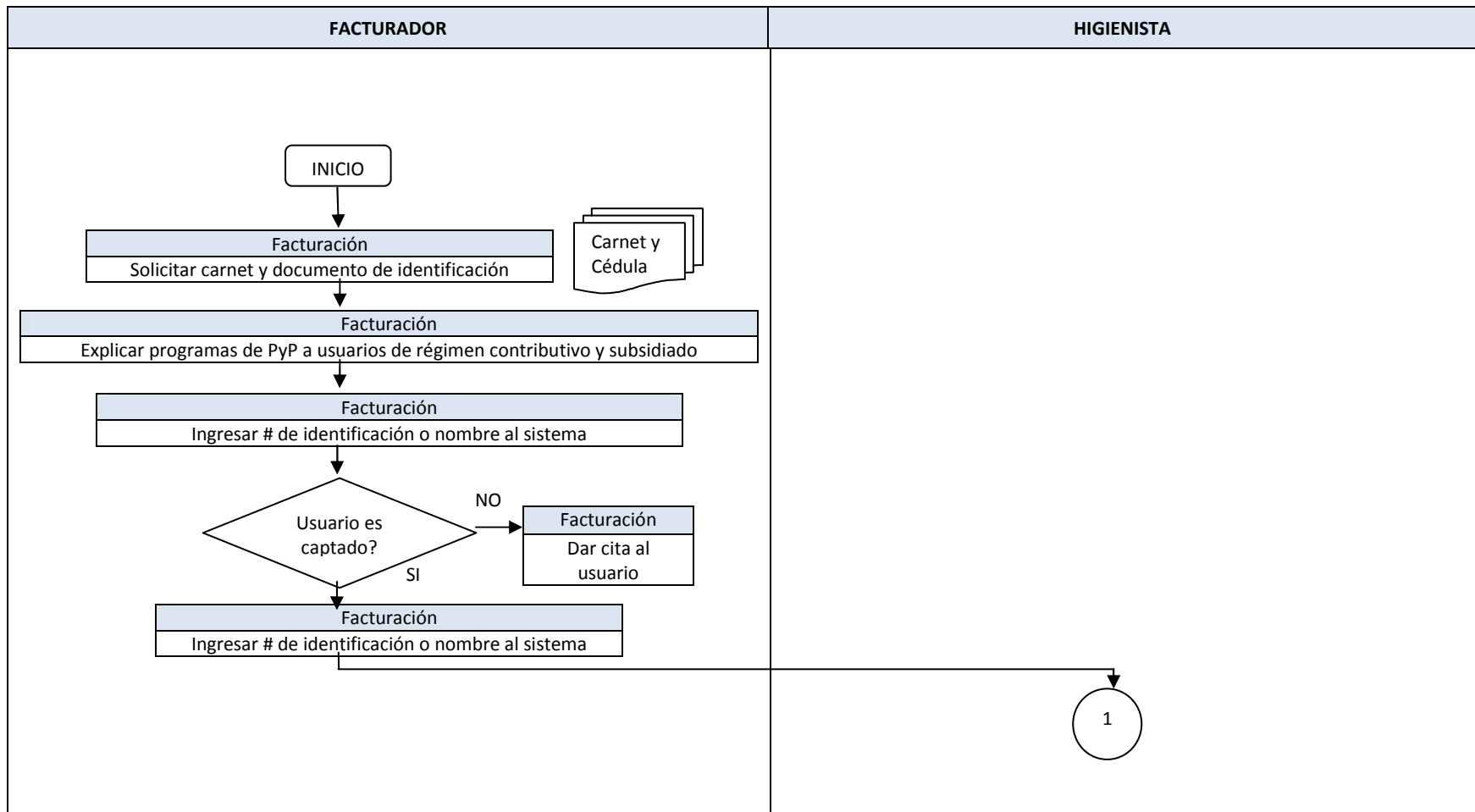
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE URGENCIAS NO VITALES**

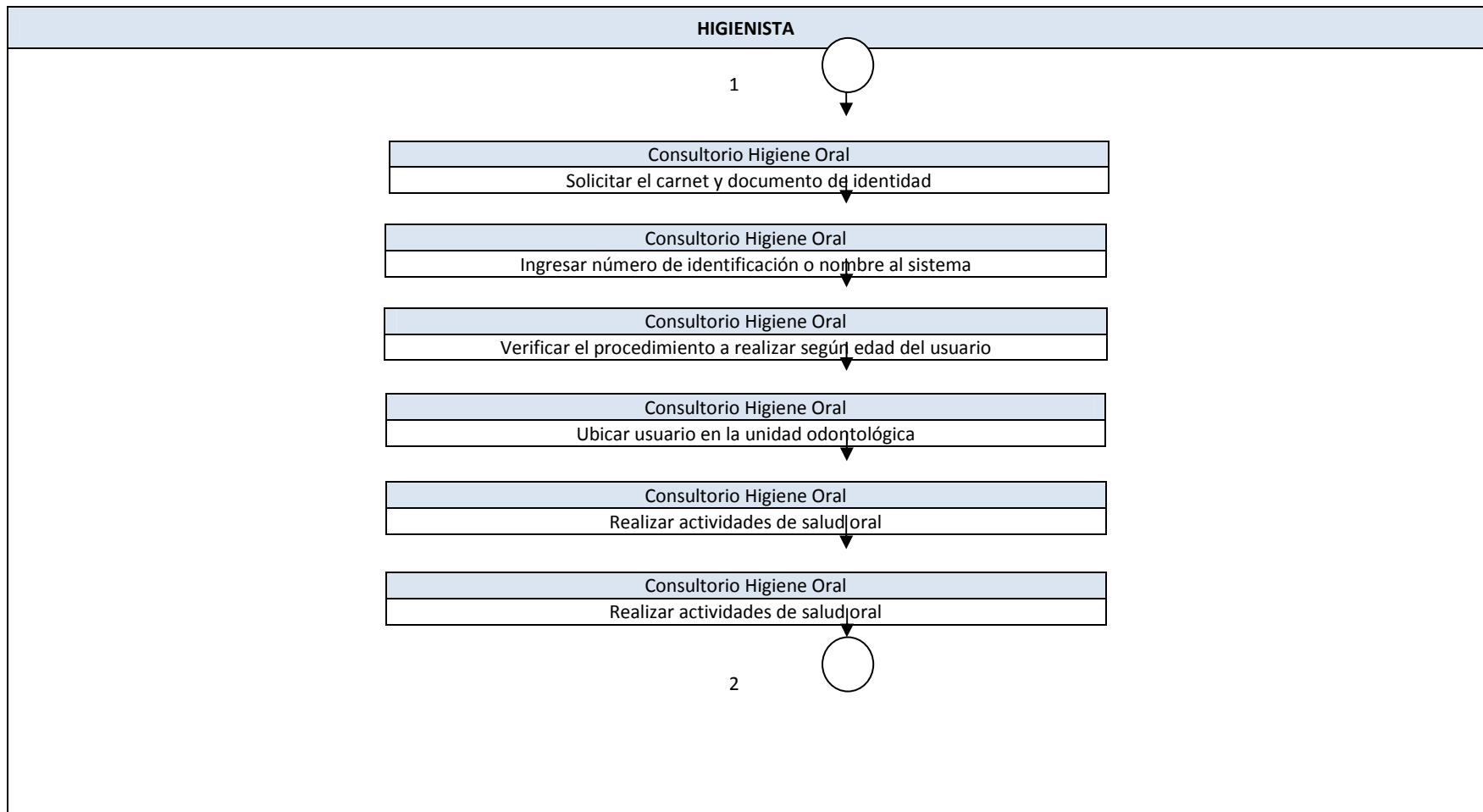
**AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

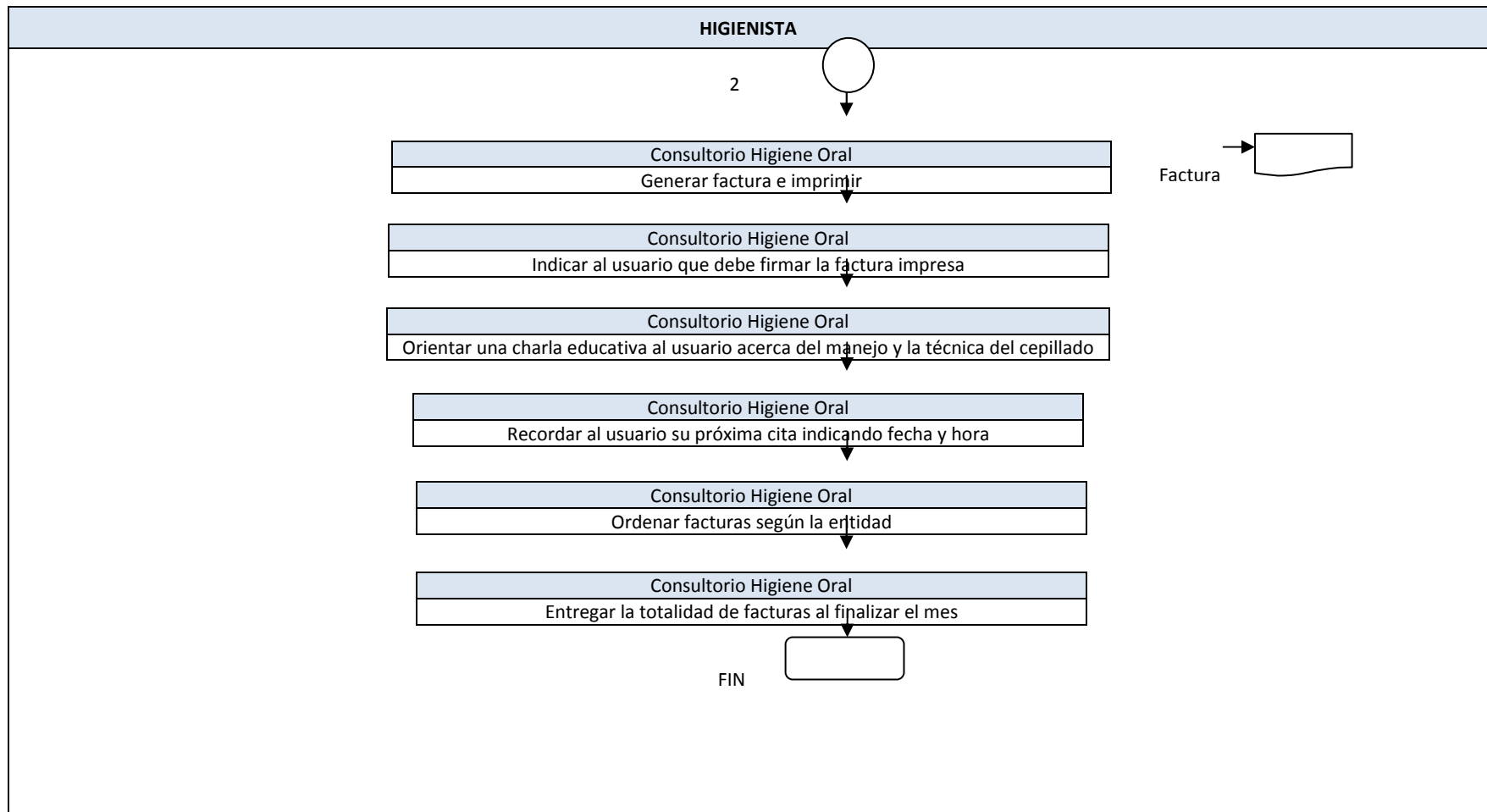


|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR23M07</b>  |   |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |   | <b>Edición: 01</b><br><b>Fecha: 11/05/2009</b><br><b>Página: 124 de 281</b>   |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Intramural</b>  |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Salud Oral)   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población del municipio de La Vega, con el fin de contribuir con el mantenimiento de la salud del ser humano integral por medio de un trabajo holístico enfocado en la promoción y prevención en salud oral. |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | Inicia con la solicitud del carnet al usuario y termina con la entrega de las facturas   |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Higienista ESE Surorienté  |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede de PyP<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de de higiene oral<br>-Implementos e insumos de unidad odontológica   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar el carnet y documento de identificación.</li> <li>2. Ingresar el número de identificación o nombre del usuario al sistema.</li> <li>3. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>4. Si el paciente es captado por interconsulta, este pasa inmediatamente a la consulta remitido por el médico o auxiliar de enfermería al programa de PyP.</li> <li>5. Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.</li> <li>6. Dar cita al usuario.</li> <li>7. Dirigir al usuario al consultorio de higiene oral.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación o el nombre del usuario al sistema.</li> <li>10. Búsqueda de Historia Clínica.</li> <li>11. Traslado de Historia Clínica al consultorio de Higiene Oral.</li> <li>12. Verificar que procedimientos se le van a realizar de acuerdo a la edad del usuario.</li> <li>13. Ubicar al usuario en la unidad odontológica</li> <li>14. Realizar las actividades de salud oral (Control y remoción de placa bacteriana de 2 a 19 años, control de placa bacteriana a mayores de 20 años, detartraje supragingival de 12 años en adelante, aplicación de sellantes fotocurado o autocurado de 3 a 15 años y aplicación de flúor de 5 a 19 años).</li> <li>15. Ingresar los datos personales del paciente al sistema para realizar la factura.</li> </ol> | -Actividades de salud oral hechas al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados:<br>Subsidiados,<br>Contributivos,<br>Vinculados,<br>Vinculados no Identificados,<br>Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud,<br>Salud vida, AIC<br>Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|   |                 |  |  |   |   |
|---|-----------------|--|--|---|---|
|    |                 | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR23M07</b>  |   |
|   |                 | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |  | <b>Edición: 01</b>  |   |
| <b>Fecha: 12/05/2009</b>  |                 |  |  |   |   |
| <b>Página: 125 de 281</b>   |                 |  |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>   |  | <b>SALIDAS</b>  |   |
|   |                 | <b>16.</b> Imprimir y firmar la factura.<br><b>17.</b> Dar una charla educativa al usuario sobre el manejo y técnica del cepillado.<br><b>18.</b> Solicitar al usuario el carnet de citas.<br><b>19.</b> Programar la próxima cita, con el día, la fecha y la hora en el respectivo carnet.<br><b>20.</b> Ordenar facturas según la entidad.<br><b>21.</b> Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes. |  |   |   |
| <b>RECURSOS</b>   |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higienista</li> </ul>  |                 | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato Control placa bacteriana</li> <li>-Carnet de control citas</li> </ul>   | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de procedimientos de higiene oral</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de consulta odontológica</li> <li>• Computador e impresora</li> <li>• Equipo de oficina</li> </ul>  |                 |  |  |   |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Iluminación de las instalaciones</li> <li>• Ambientación</li> </ul> |                 |  |  |   |   |
| <b>INDICADORES:</b>   |                 |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |   |   |
| No. de Controles de Salud Oral<br><hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> No. de Horas de Trabajo del Funcionario de Salud  |                 |  | Número de actividades realizadas por unidad de recurso utilizado.  |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |                 | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |                 | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |









**5. PROCESOS MISIONALES**

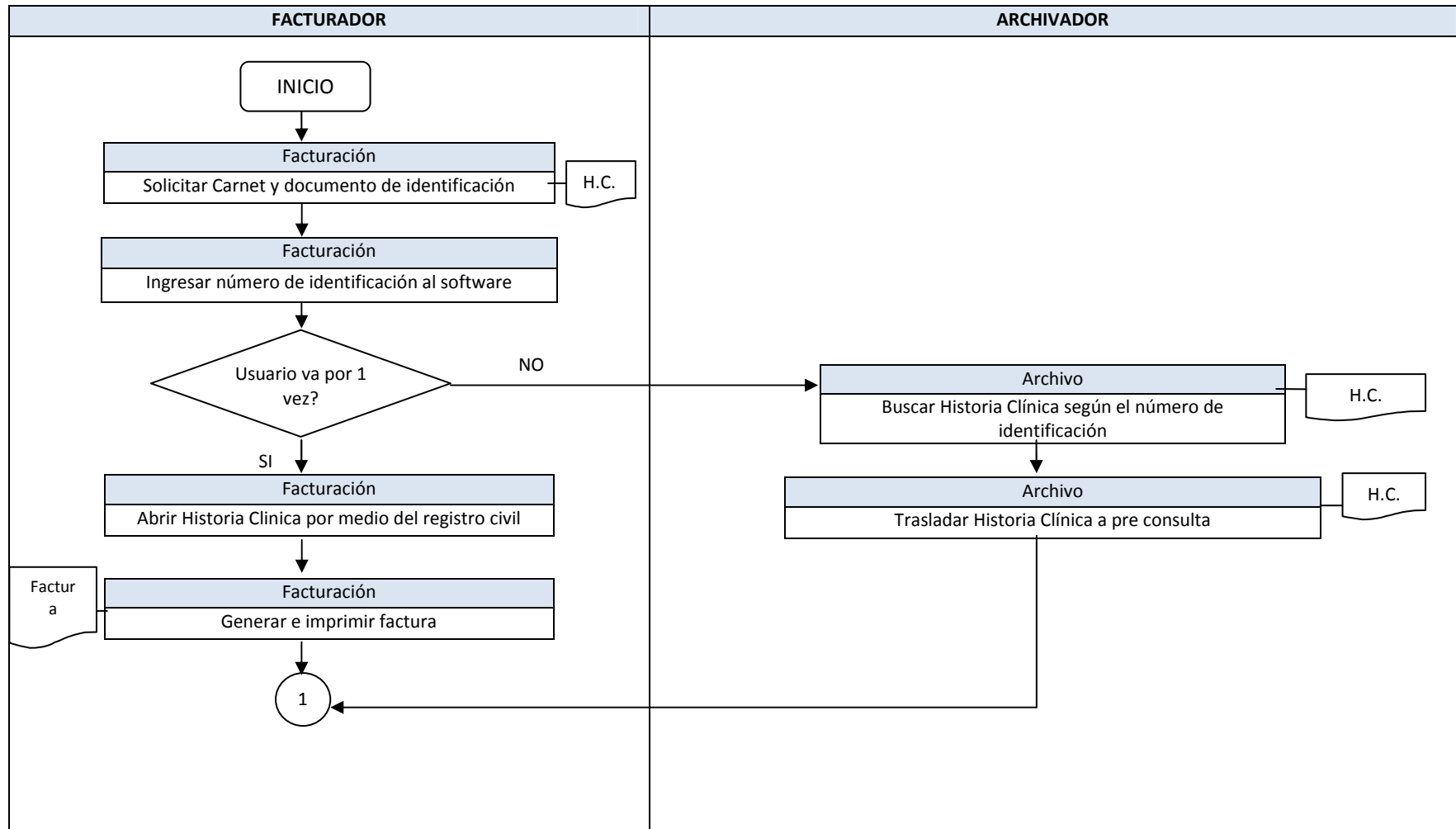
|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Intramural</b>   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Crecimiento y Desarrollo)  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | Inicia con la solicitud del carnet al usuario y termina con la entrega de las facturas.   |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Medico ESE Surorienté   |

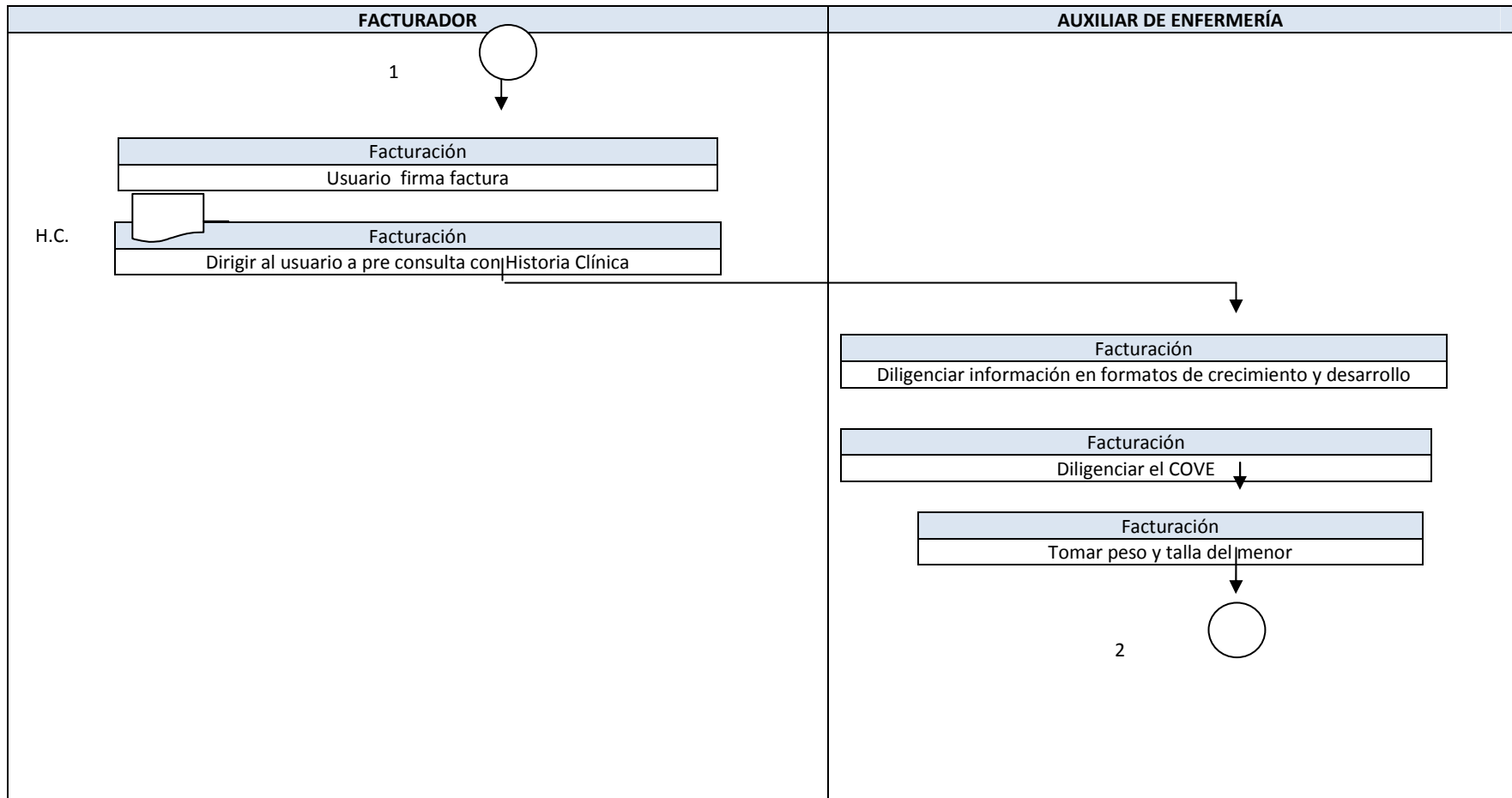
| PROVEEDORES  | ENTRADAS   | ACTIVIDADES  | SALIDAS   | CLIENTES  |
|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estado</li> <li>-Comunidad</li> <li>-Planeación estratégica</li> <li>-Gestión asistencial</li> <li>-Control de calidad</li> <li>-Proceso de mejoramiento continuo</li> <li>-Metas de la sede de PyP</li> <li>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentos de identificación</li> <li>-Software</li> <li>-Plan de programas de PyP</li> <li>-Protocolos de procedimientos de crecimiento y desarrollo</li> <li>-Formato COVE</li> <li>-Equipos para actividades de crecimiento y desarrollo</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar el carnet y documento de identificación.</li> <li>2. Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>3. Si el usuario va por primera vez abrir Historia Clínica por medio del registro civil del menor.</li> <li>4. Si el usuario no va por primera vez buscar la Historia Clínica del paciente según el número de identificación.</li> <li>5. Generar e imprimir la factura.</li> <li>6. Indicar al usuario que debe firmar la factura.</li> <li>7. Dirigir al usuario a pre consulta.</li> <li>8. Trasladar la Historia Clínica a pre consulta.</li> <li>9. Diligenciar información correspondiente en los formatos de crecimiento y desarrollo.</li> <li>10. Diligenciar el formato de información del COVE.</li> <li>11. Tomar peso y talla del menor y diligenciar los datos en la Historia Clínica.</li> <li>12. Explicar y dar inducción al usuario acerca del programa de Crecimiento y Desarrollo y los controles a realizar (Control por Enfermería - Menor de 1 año (0-3 meses), Control por Enfermería - Menor de 1 año (4-6 meses), Control por Enfermería - Menor de 1 año (7-9 meses), Control por Enfermería - Menor de 1 año (10-12 meses), Control por Enfermería - Niños de 1 año (13-16 meses), Control por Enfermería - Niños de 1 año (17-20 meses), Control por Enfermería Niños de 2 años (25-30 meses), Control por Enfermería Niños de 2 años (31-36 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (37-48 meses), Control por Enfermería Niños</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades de desarrollo y crecimiento hechas al paciente</li> <li>-Factura de las actividades realizadas al usuario</li> <li>-Asignación de próxima cita o control</li> <li>-Archivo de la factura</li> <li>-Historia Clínica diligenciada</li> <li>-Archivo de Historia Clínica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |

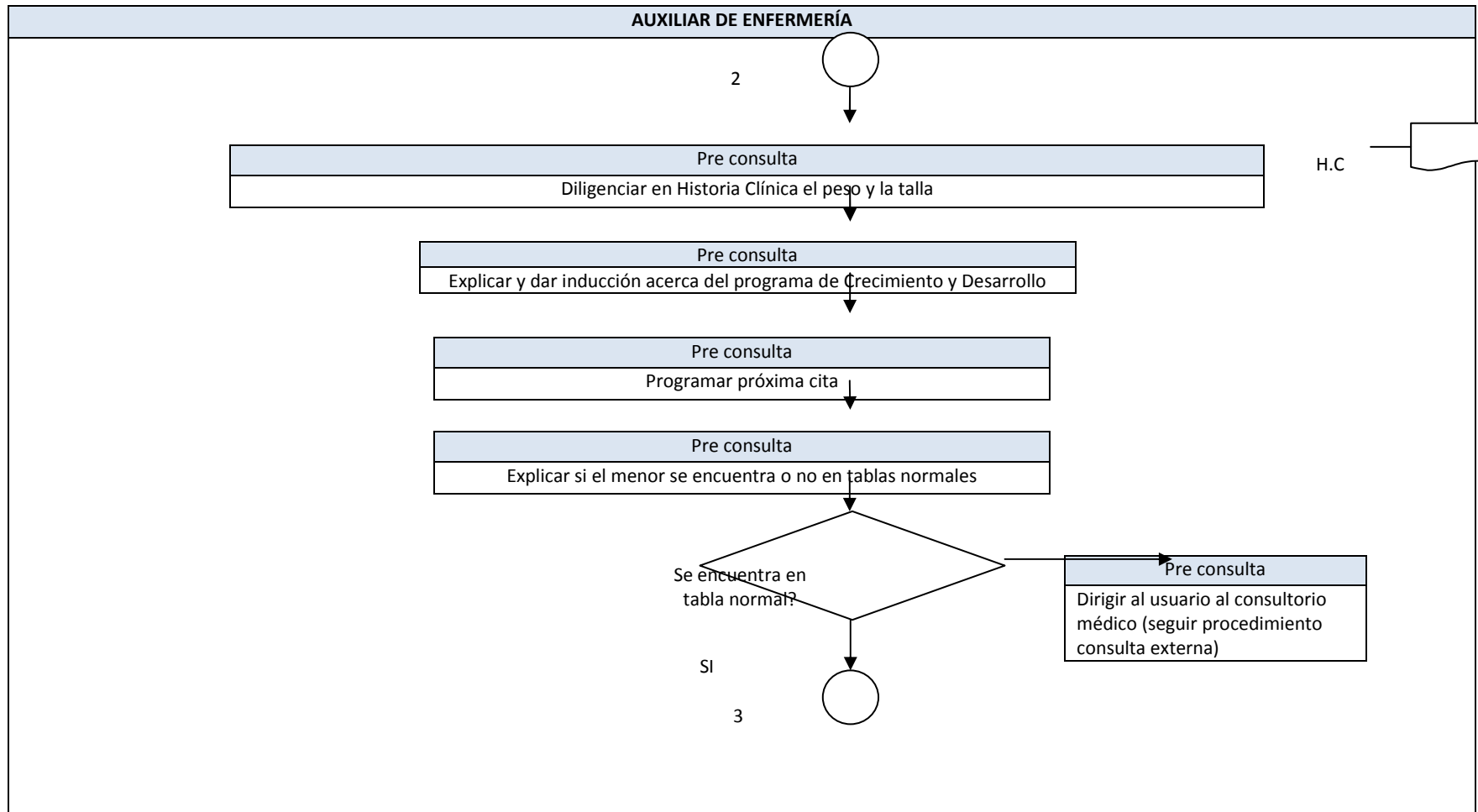
|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORO:</b>  | <b>REVISO:</b>                                 | <b>APROBO:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

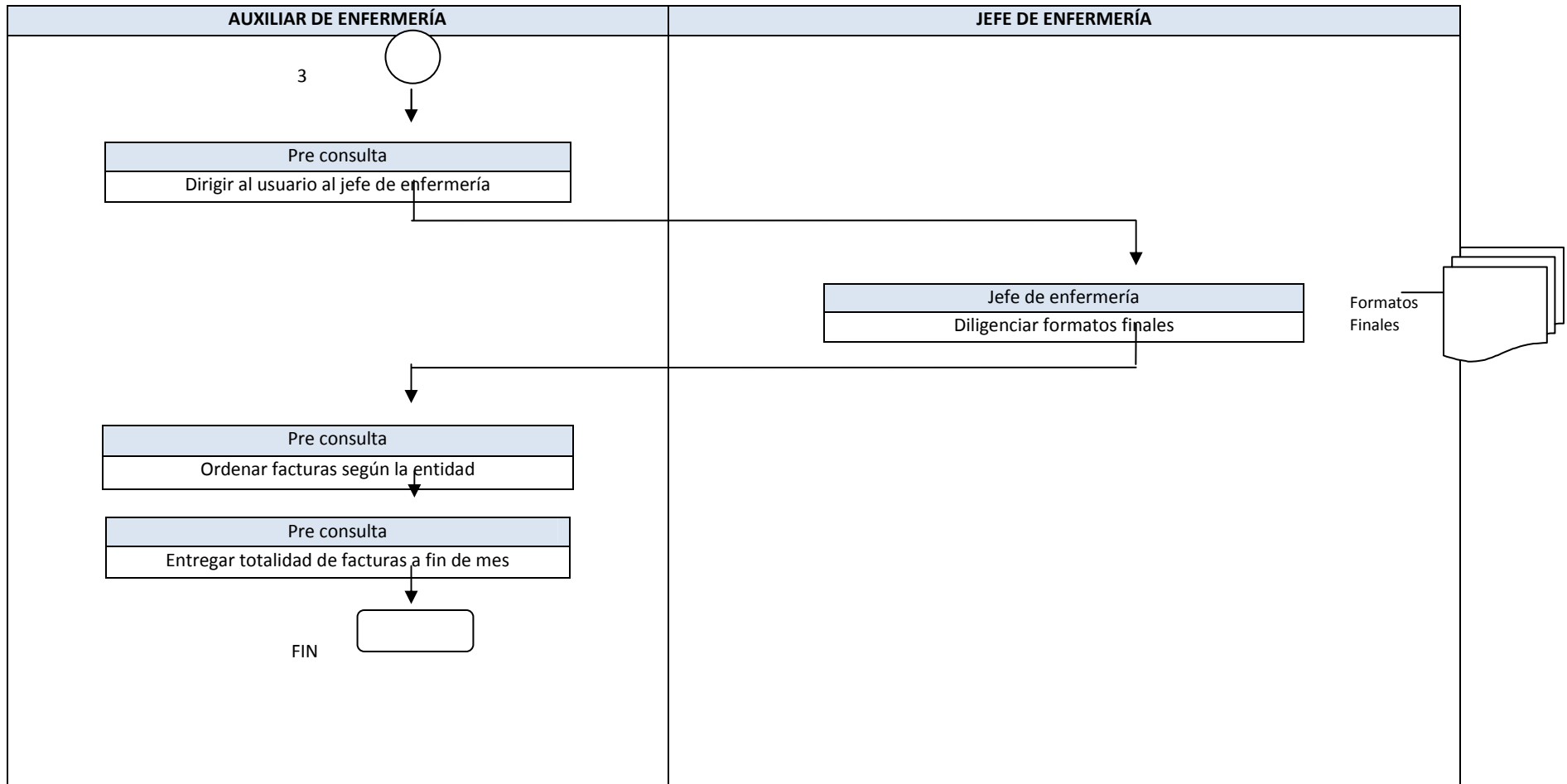










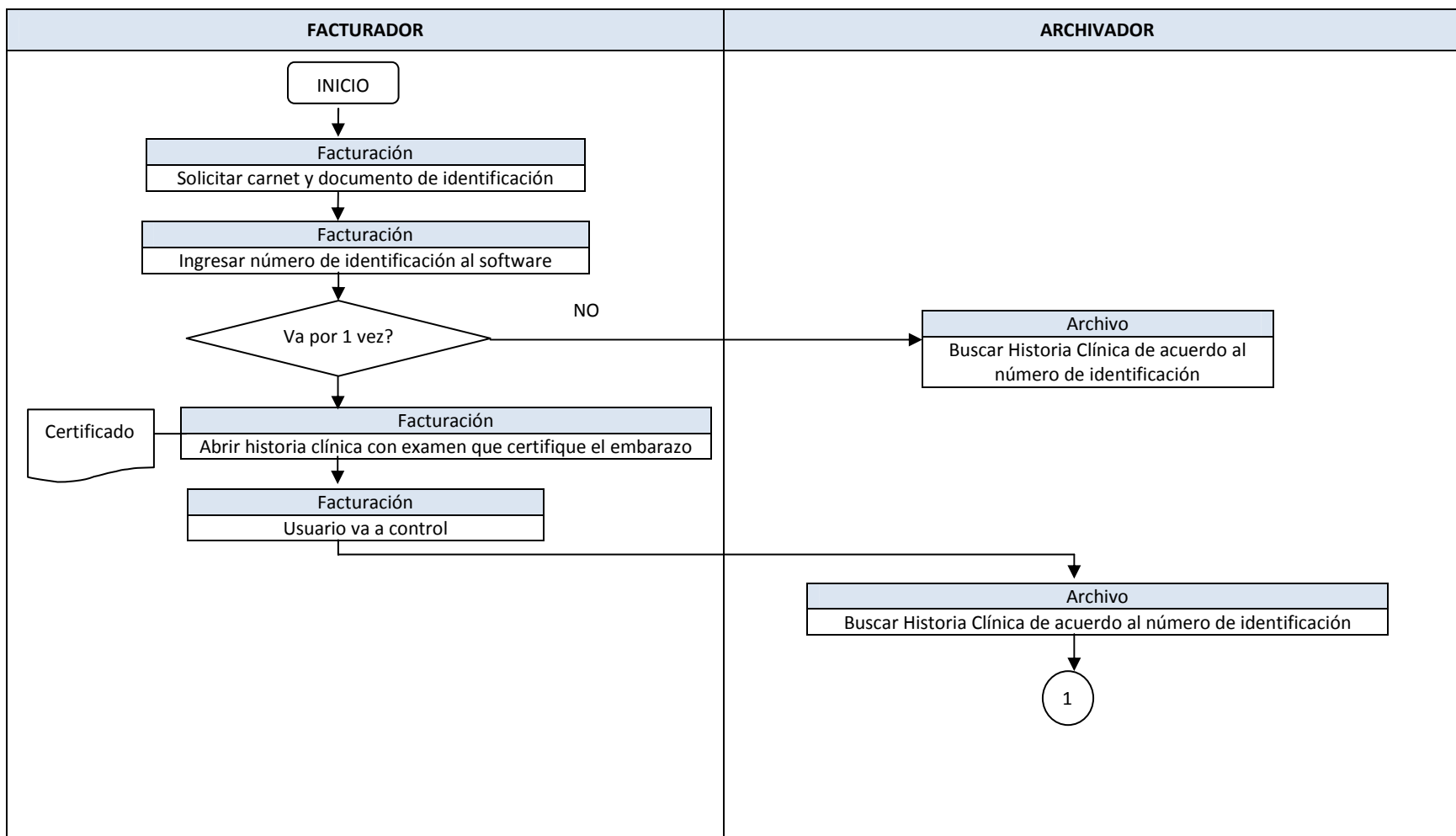


**5. PROCESOS MISIONALES**

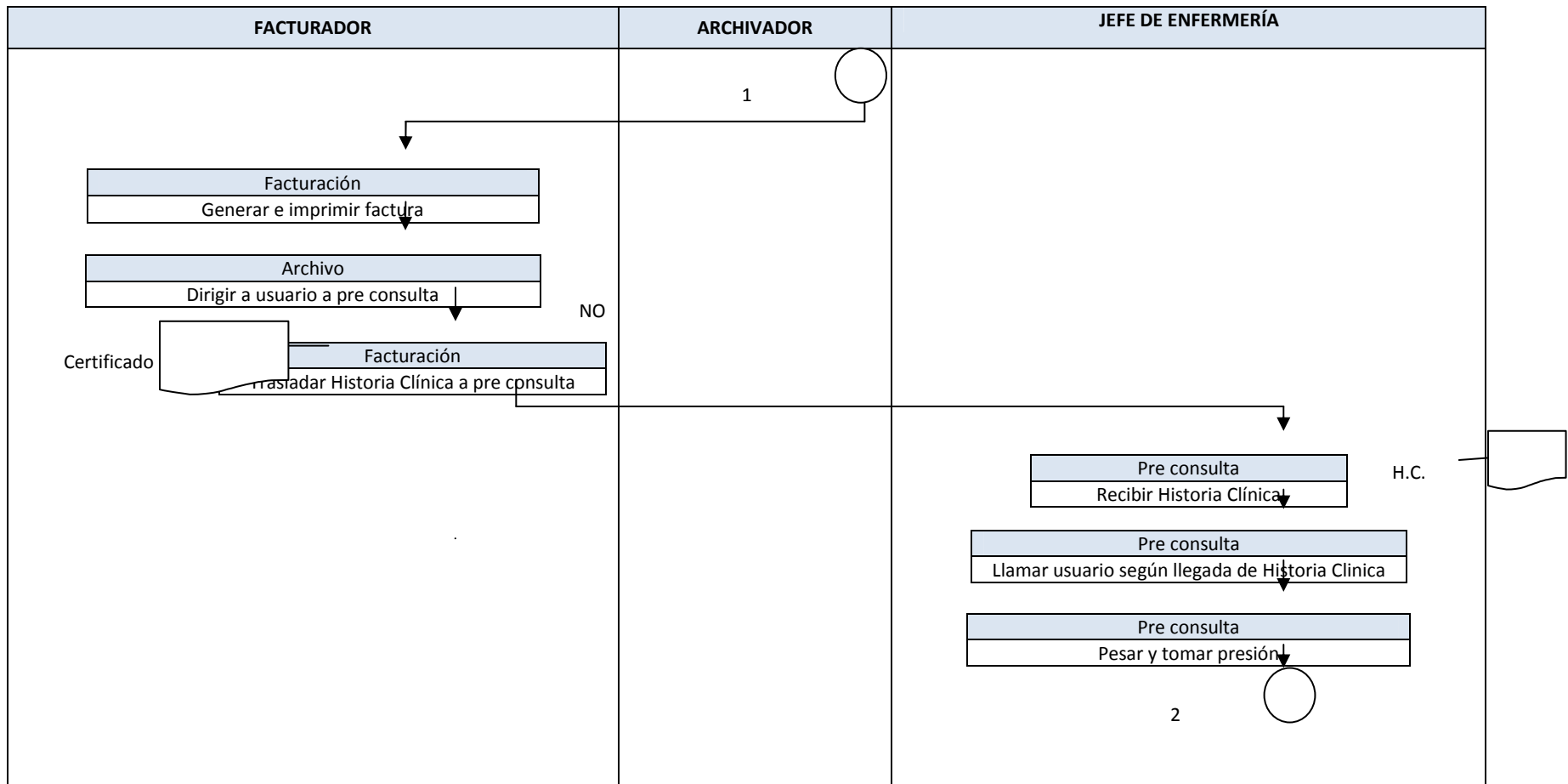
|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Intramural</b>   |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Control Prenatal)  |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Detectar tempranamente y controlar las alteraciones durante el embarazo de las mujeres, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita un parto y nacimiento en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | Este procedimiento inicia con la solicitud del carnet al usuario y termina con la entrega de facturas al finalizar cada mes.  |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Jefe de enfermería   |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la entidad de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Historia Clínica<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de de control prenatal<br>-Equipos para actividades de crecimiento y desarrollo<br>- Programa mejoramiento continuo de la atención prenatal | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar carnet y documento de identificación.</li> <li>Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>Si el paciente va por primera vez, abrir Historia Clínica con examen que certifique el embarazo.</li> <li>Ingresar a la paciente a la base de datos de mujeres embarazadas para llevar seguimiento.</li> <li>Si el paciente va a control, buscar Historia Clínica de acuerdo al número de identificación.</li> <li>Generar e imprimir la factura.</li> <li>Dirigir al usuario a pre consulta.</li> <li>Trasladar Historia Clínica a pre consulta.</li> <li>Llamar al usuario.</li> <li>Pesar y tomar la presión al usuario.</li> <li>Diligenciar la Historia Clínica.</li> <li>Diligenciar tarjeta donde están todos los datos de la paciente.</li> <li>Diligenciar la carnet materno.</li> <li>Consulta de 1 vez con médico general (I trimestre).</li> <li>Ordenar los exámenes de laboratorio. (Serología VDRL, Hemograma Completo, Hemoclasificación, Uroanálisis, Glicemia y Ecografía Obstétrica, Frotis de Flujo Vaginal en Caso de Leucorrea o Riesgo de Parto Prematuro)</li> <li>Ordenar vacunas (Vacuna TD Toxoide Diftérico).</li> <li>Suministrar Multivitamínicos.</li> <li>Verificar e indicar al usuario los controles de PyP (Consulta de primera vez por odontología)</li> <li>Consulta de control médico general (I trimestre)</li> <li>Asignar citas al usuario dependiendo de la</li> </ol> | -Actividades de control prenatal hechas al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura<br>-Historia Clínica diligenciada<br>-Archivo de Historia Clínica | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>   |   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |   |

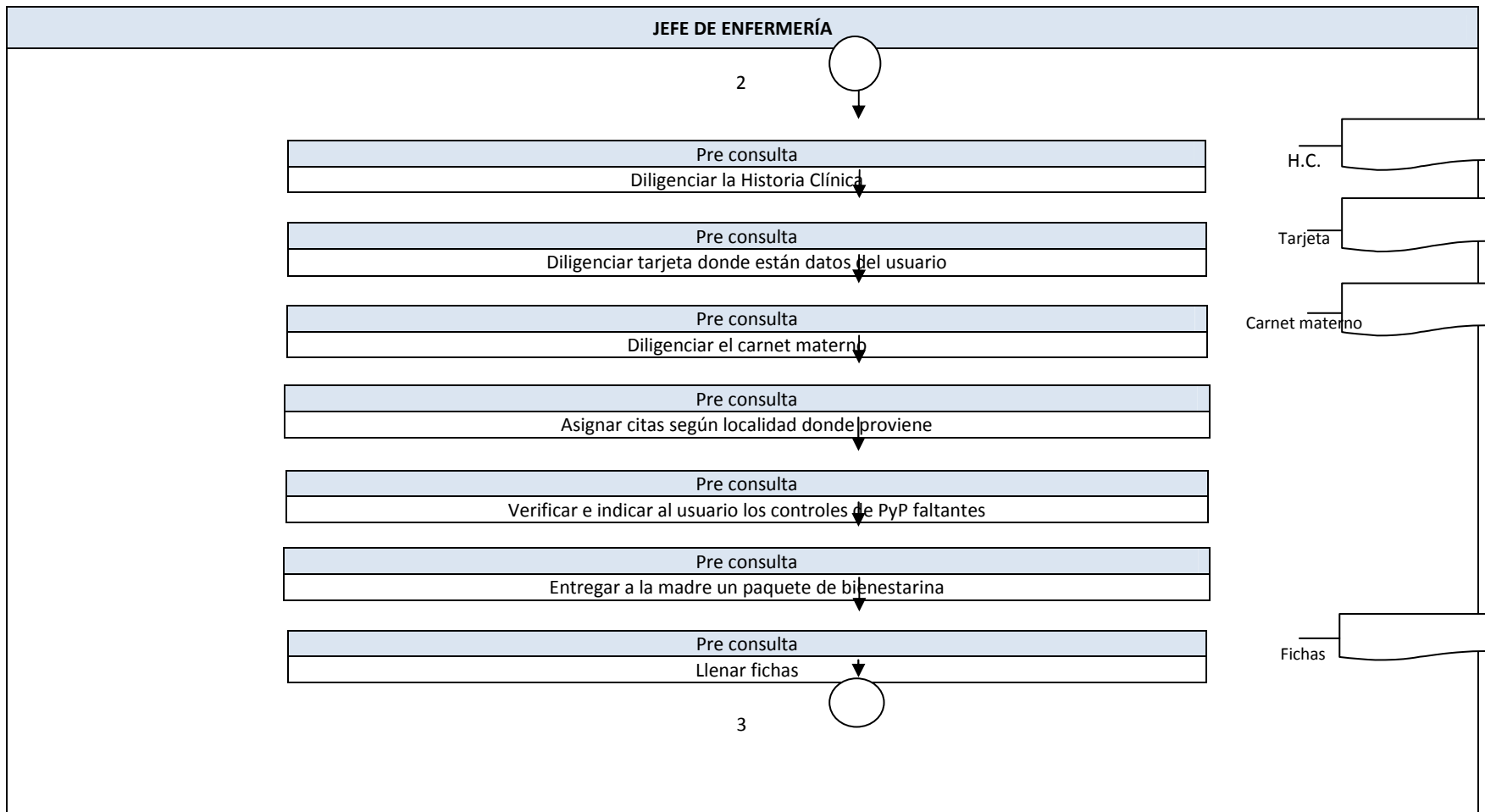
**5. PROCESOS MISIONALES**

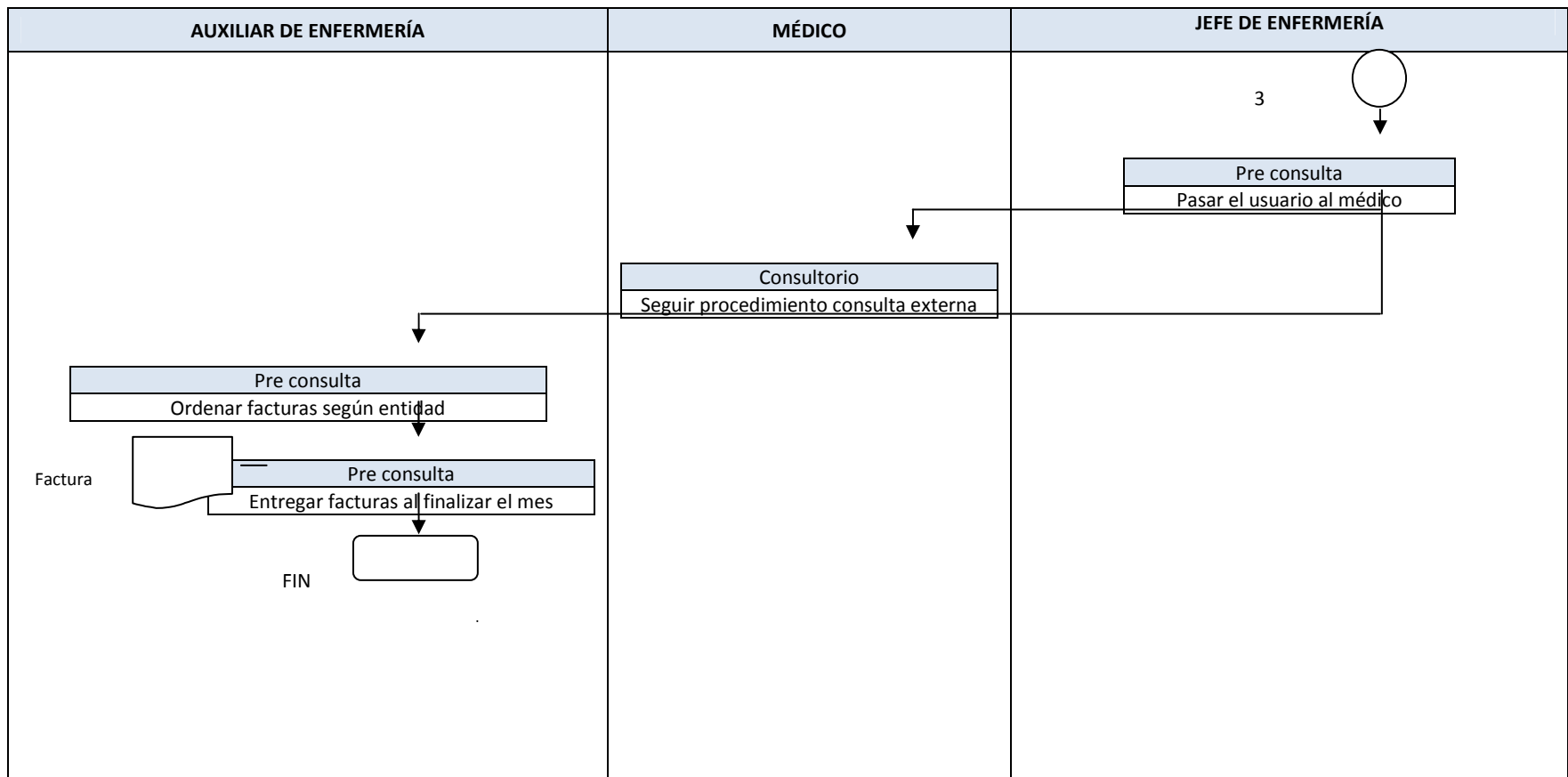
| PROVEEDORES  | ENTRADAS | ACTIVIDADES   |  |   | SALIDAS  |
|--|----------|---|--|---|--|
|  |          | <p>localidad donde proviene para consulta médico general-II trimestre.</p> <p>18. Ordenar los exámenes de laboratorio (Ecografía II Trimestre, Glicemia II Trimestre, Uroanálisis II Trimestre).</p> <p>19. Asignar citas al usuario dependiendo de la localidad, donde proviene para consulta de control (consulta de control medico -II trimestre).</p> <p>20. Asignar cita al usuario dependiendo la localidad donde proviene para Consulta Médico General-III Trimestre.</p> <p>21. Ordenar los exámenes de laboratorio (Serología VDRL III Trimestre, si existe riesgo y Uroanálisis III Trimestre).</p> <p>22. Asignar citas al usuario dependiendo de la localidad donde proviene para consulta de control (consulta de control médico -iii trimestre).</p> <p>23. Entregar a la madre un paquete de bienestarina.</p> <p>24. Llenar las fichas.</p> <p>25. Pasar el usuario al médico.</p> <p>26. Ordenar facturas según entidad.</p> <p>27. Entregar facturas al finalizar el mes.</p> |  |   |  |
| RECURSOS   |          | DOCUMENTOS ASOCIADOS  | REQUISITOS APLICABLES  |   |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Jefe de enfermería</li> <li>Auxiliar de enfermería</li> <li>Facturador</li> <li>Archivador</li> </ul> <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de consulta médica</li> <li>Computador e impresora</li> <li>Equipo de oficina</li> </ul> <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Cordialidad y colaboración</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Iluminación de las instalaciones</li> </ul> |          | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato detección de alteraciones en el embarazo</li> <li>-Formato consulta por primera vez</li> <li>-Historia Clínica perinatal</li> <li>-Tamizaje clínico y de laboratorio</li> <li>-Carnet materno</li> </ul>  | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de procedimientos de control prenatal</li> </ul>  | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7</li> <li>“ Calidad de la Atención en Salud ”</li> <li>-Decreto 1011 de 2006” Calidad de la Atención en Salud ”</li> </ul> | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001” Ley de competencias y recursos para salud”</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>No. de Controles Prenatales</p> <hr/> <p>No. Total de Gestantes</p>  |          | X 100   | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Número promedio de los servicios recibidos de control prenatal en un período de tiempo.</p> |   |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |          | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |








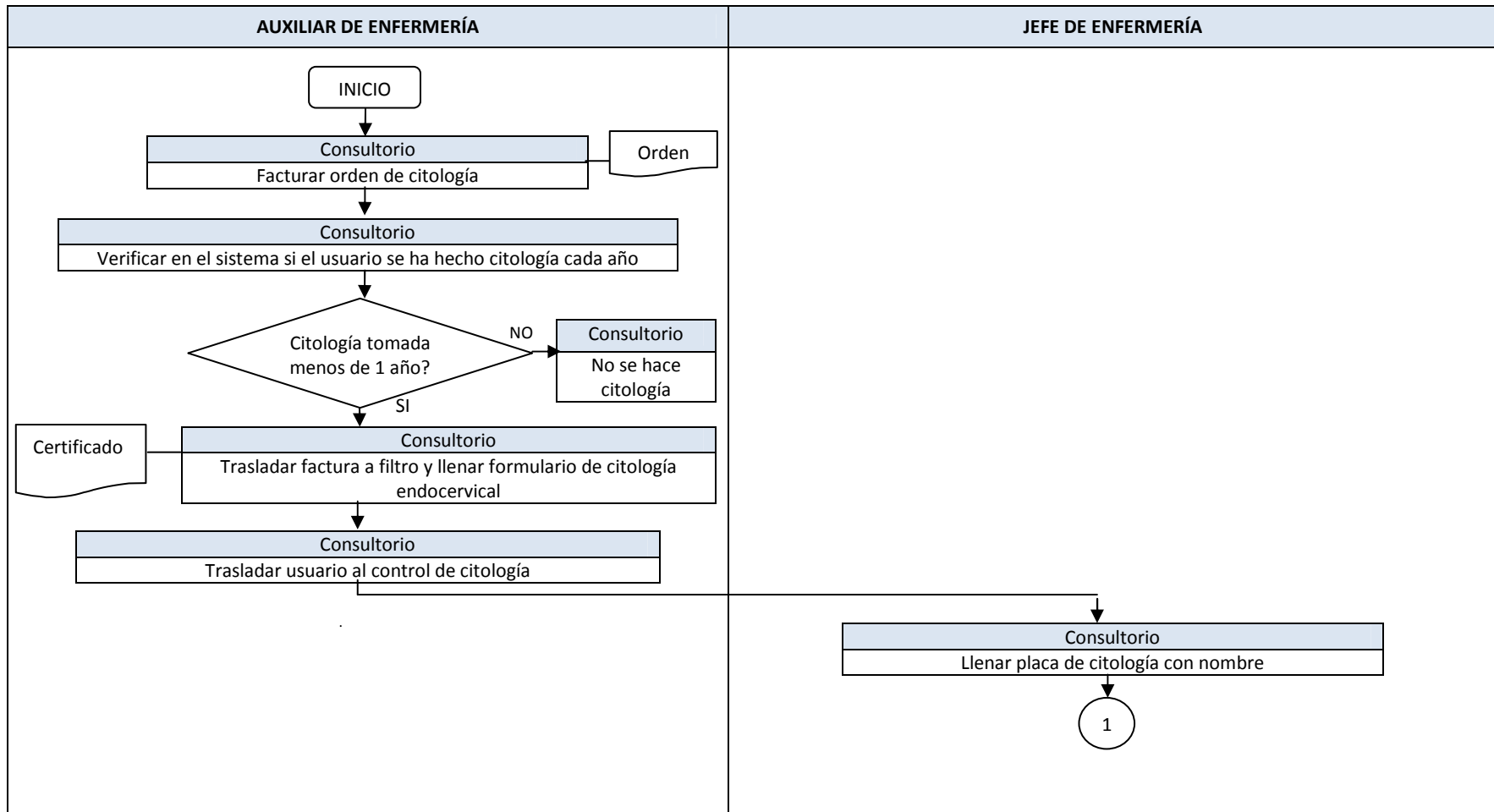


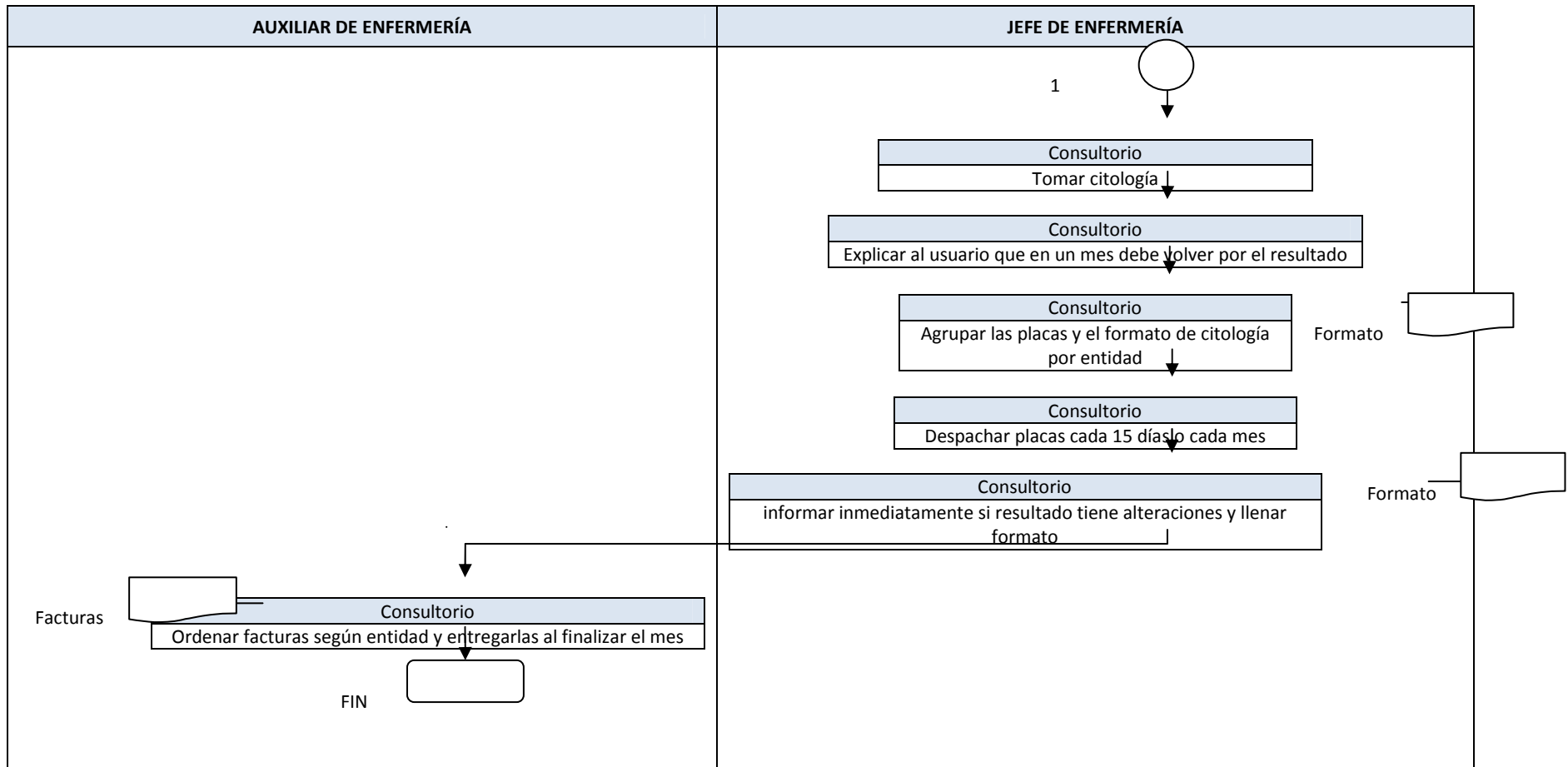


**5. PROCESOS MISIONALES**

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Intramural</b>   |   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino)   |   |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida con el fin de disminuir la tasa de morbilidad o enfermedad debido a la detección temprana del cáncer de cuello uterino. |   |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | El procedimiento inicia con la solicitud para la toma de citología y termina con entregar facturas al finalizar cada mes.   |   |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Enfermero (a) de PyP  |   |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede de PyP<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolo toma de citología<br>-Insumos para toma de citología<br>- Programa Contra el cáncer cuello uterino   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Pedir toma de citología por parte del usuario.</li> <li>Facturar la orden de facturación.</li> <li>Revisar y verificar en el sistema, si el usuario se ha hecho la citología cada año.</li> <li>Si se la ha tomado en menos de un año no se la hace, sino pasa a un filtro con las auxiliares de enfermería.</li> <li>Trasladar la factura al filtro y llenar el formulario de citología endocervical.</li> <li>Trasladar al control de citología.</li> <li>Llenar placa de citología con nombre, empresa, médico, orden y fecha.</li> <li>Toma de citología cervico uterina.</li> <li>Explicar al usuario que en un mes debe volver por el resultado.</li> <li>Agrupar las placas en el formato de citología eso-endocervical por entidad y elaborar acta, donde dice cuántas placas envía, nombre de la usuaria y entidad.</li> <li>Despachar las placas cada quince días o cada mes.</li> <li>Recibir resultados de citología cervico uterina del paciente.</li> <li>Lectura de citología.</li> <li>Sistematización de resultados.</li> <li>Informar inmediatamente al usuario para que reclame su resultado.</li> <li>Si el resultado de la citología tiene alteraciones inmediatamente se le especifica tratamiento a seguir.</li> <li>Ordenar facturas según entidad.</li> <li>Archivo de resultados en la Historia Clínica de cada usuario.</li> <li>Entregar facturas al final de cada mes.</li> </ol> | -Citología hecha al paciente<br>-Resultado de la citología<br>-Factura de la citología realizada al usuario | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, no Vinculados y Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |

|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |   | <b>Código:<br/>PR26M10</b>  |   |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>  |   |
|   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |   |
|   |   |   |   | <b>Página: 142 de 281</b>   |
| RECURSOS  | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |   | REQUISITOS APLICABLES   |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermero (a) de PyP</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato Citología sexo-endocervical</li> </ul>                           | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolo toma de citología</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Toma de citologías</li> <li>• Computador e impresora</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato registro diario de citologías</li> <li>-Formato de envío de citologías</li> </ul> |   |   |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Iluminación de las instalaciones</li> <li>• Ambientación</li> </ul> |   |   |   |   |
| <b>INDICADORES:</b>   |   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |   |
| $\frac{\text{No. de Consultas de Detección Temprana de Cuello Uterino}}{\text{No. de Pacientes que se Realizan el Exámen}} \times 100$  |   |   | <p>Medir el porcentaje de pacientes con cáncer de cuello uterino.</p> <p>Logro de objetivos del servicio sobre los usuarios del mismo.</p>  |   |
| $\frac{\text{No. de Pacientes Curados}}{\text{No. de Pacientes Tratados}} \times 100$   |   |   |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |







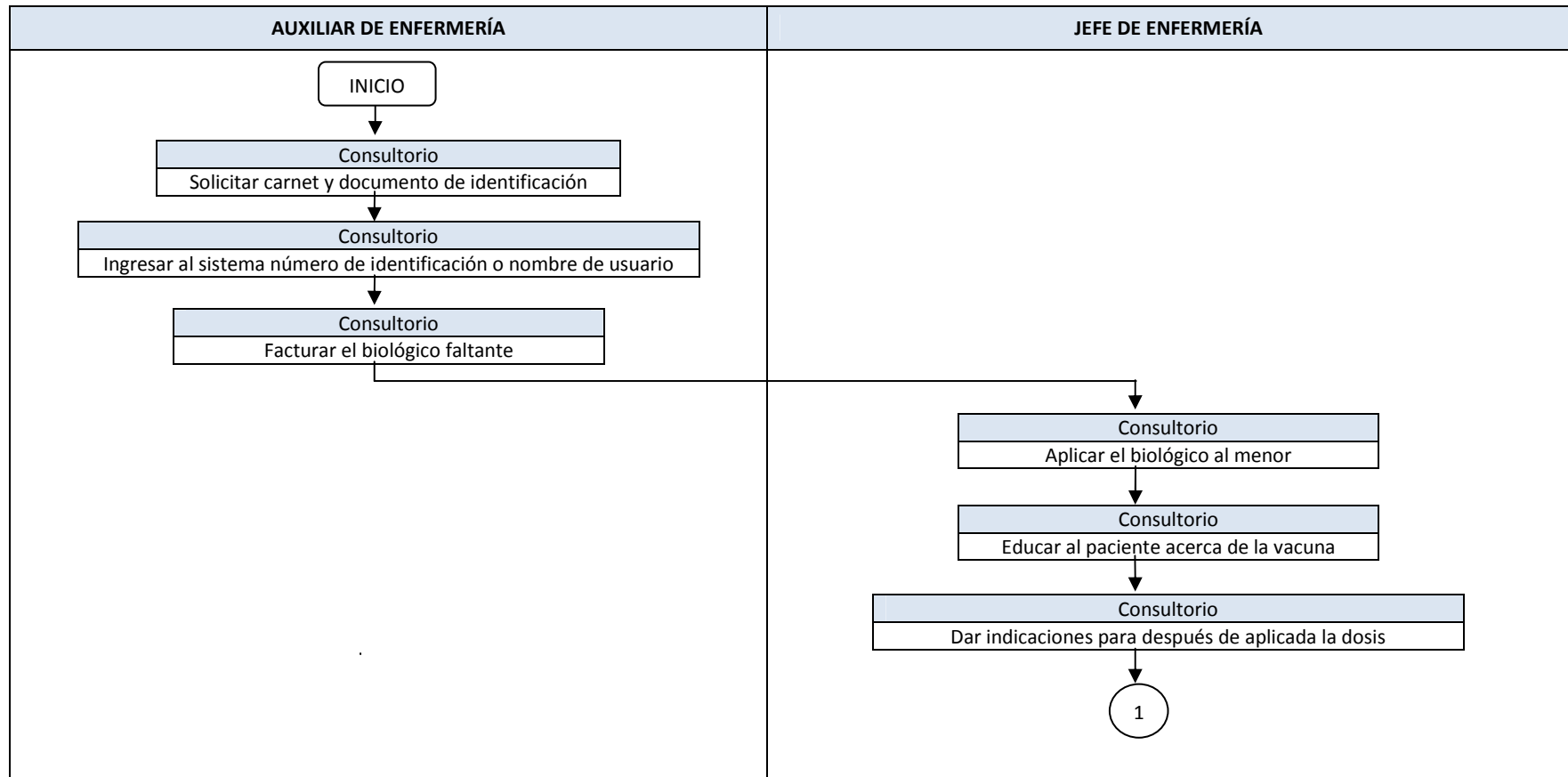
**5. PROCESOS MISIONALES**

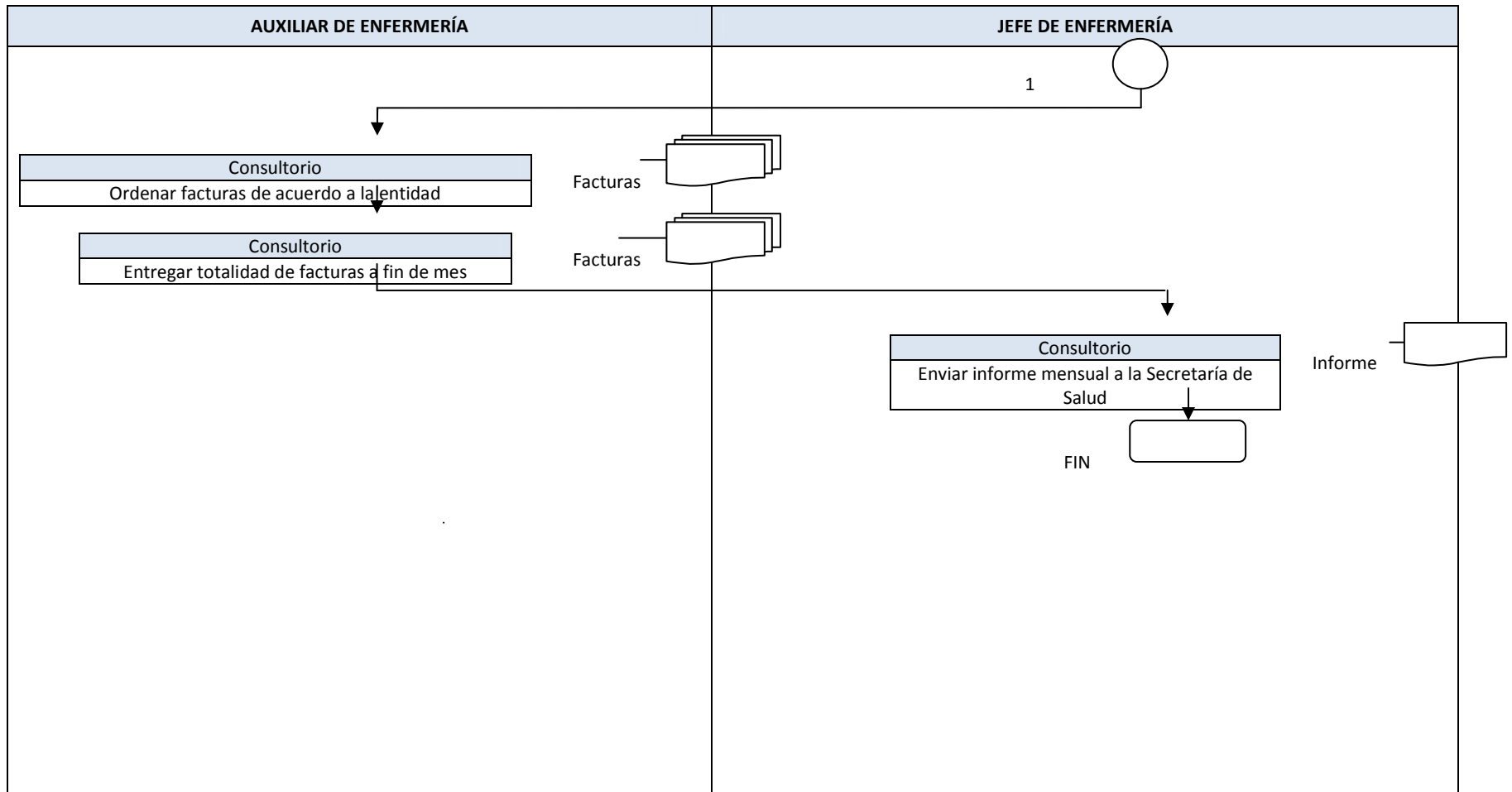
|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Intramural</b>   |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Programa Ampliado de Inmunización Vacunación)  |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Eliminar, erradicar, y controlar las enfermedades inmunoprevenibles en el Municipio de La Vega, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de cinco años. |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | Este procedimiento inicia con solicitar el carnet al usuario y termina en enviar informe mensual a la Secretaría de Salud.  |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Enfermero (a) de PyP  |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede de PyP<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos vacunación según edad del paciente<br>-Insumos e implementos para vacunación<br>- Programa mejoramiento continuo de vacunación             | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el carnet y documento de identificación.</li> <li>Ingresar al sistema el número de identificación o nombre del usuario.</li> <li>Identificar la clase de vacuna a aplicar (Vacuna TD Toxoide Diftérico, Vacuna BCG -Menor de 1 año y hasta 5 años, Vacuna DPT a los 2 meses, Vacuna DPT a los 4 meses, Vacuna DPT a los 6 meses, Vacuna DPT a los 18 meses, Vacuna DPT de 1 a los 6 años, Vacuna Antihepatitis B a los 2 meses, Vacuna Antihepatitis B de 1 a 6 años, Vacuna antipolio a los 2 meses, Vacuna Antipolio a los 4 meses, Vacuna Antipolio a los 6 meses, Vacuna antipolio Refuerzo a los 18 meses, Vacuna Antipolio Refuerzo a los 5 años, Vacuna Antihemophilus Influenza a los 2 meses, Vacuna Antihemophilus Influenza E, Vacuna Antihemophilus Influenza E a los 6 meses a los 4 meses, Vacuna Triple Viral a los niños de 1 año, Vacuna Antisarampión 6 a 34 años, Vacuna TD / TT (Toxoide diftérico/ Tetánico)-a los 1 a 5 años, Vacuna Antiamarilica -1 a 65 años, Vacuna Pentavalente -a los menores de 1 año, Vacuna Doble Viral, Vacuna Anti sarampión-de 6 a 11 meses, Vacuna Doble Viral-de los 10 a 54 años, Vacuna BCG - Menor de 29 días, Vacuna Hepatitis B (HB)-Menor de 29 días, Vacuna Poliomieltis(VOP- SRP) - Menor de 29 días); PROMOCION DE LA SALUD (Vacuna BCG-Menor de 0 a 12 meses, Vacuna BCG -Menor de 1 a 5 años, Vacuna Hemophilus Influenza Tipo B (HIB) -Menor de 2 a 12 meses,</li> </ol> | -Vacunación del paciente<br>-Factura de la vacunación<br>-Asignación de próxima dosis<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados:<br>Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORO:</b>  | <b>REVISO:</b>  | <b>APROBO:</b>  |   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |   |





**5. PROCESOS MISIONALES**

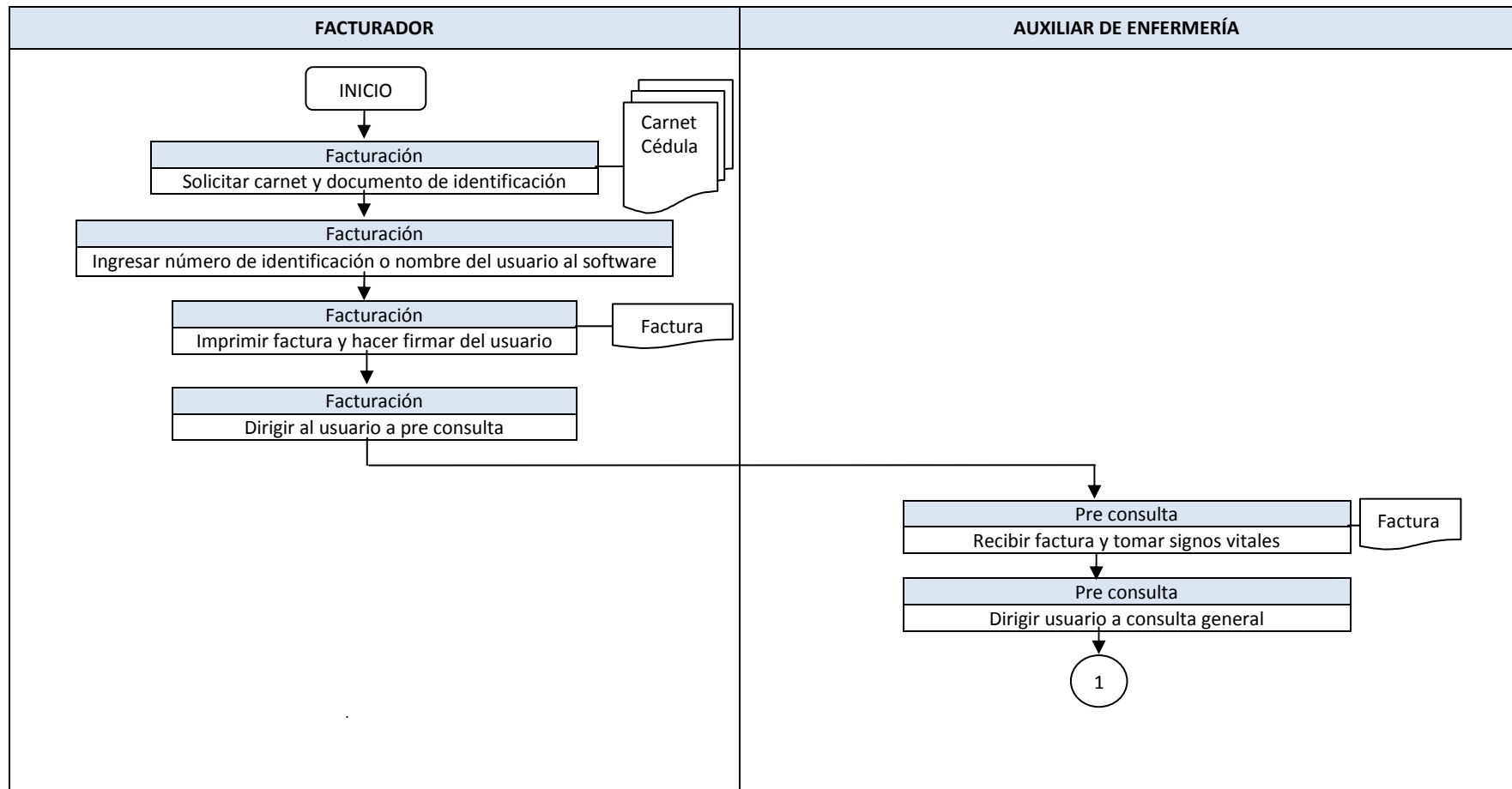
| PROVEEDORES   | ENTRADAS | ACTIVIDADES  |  |  | SALIDAS  |
|---|----------|--|--|--|--|
|   |          | <p>Vacuna Hemophilus Influenza Tipo B (HIB -Menor de 1 a 5 años, Vacuna Tétanos Difteria (TD) - Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Tétanos Difteria (TD) -Menor de 1 a 5 años, Vacuna Tétanos Difteria (TD) - de 10 a 49 años, Vacuna Difteria , Tétanos, Tosferina (DPT) - Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT) -Menor de 1 a 5 años, Vacuna Difteria , Tétanos, Tosferina Hepatitis B Hemophilus Influenza Tipo B Penta-Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Difteria , Tétanos, Tosferina Hepatitis B Hemophilus Influenza Tipo B Penta - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Poliomieltitis(VOP O SRP) - Menor de 0 a 12 meses, Vacuna Poliomieltitis(VOP O SRP) Menor de 1 a 5 años, Vacuna Fiebre Amarilla -de 1 a 65 años, Vacuna Sarampión - Menor de 6 a 11 meses, Vacuna Sarampión - de 6 a 34 años, Vacuna Sarampión, Parotiditis, Rubeola Triple Viral - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Doble Viral -de 10 a 54 años, Vacuna Hepatitis B - Menor de 1 mes, Vacuna Hepatitis B -Menor de 1 a 12 meses, Vacuna Hepatitis B -Menor de 1 a 5 años).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Facturar el biológico.</li> <li>5. Aplicar el biológico al menor.</li> <li>6. Educar al paciente acerca de la importancia de la vacuna.</li> <li>7. Dar indicaciones para después de aplicada la dosis.</li> <li>8. Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li>9. Entregar totalidad de facturas al final de cada mes.</li> <li>10. Enviar informe mensual a la Secretaría de Salud.</li> </ol> |  |  |  |
| RECURSOS  |          | DOCUMENTOS ASOCIADOS   | REQUISITOS APLICABLES  |  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermero (a) de PyP</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> </ul>  |          | <b>INTERNOS:</b><br>-Carnet de vacunación<br><br>-Formato registro diario de vacunación  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Informe mensual de vacunación<br><br>-Protocolos vacunación según edad del paciente<br><br>- Vacunación según esquema PAI - Alcaldía<br><br>-Vacunación según esquema PAI - ARS | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "<br><br>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud " | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 100 de 1993<br><br>-Ley 10 de 1990<br><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Promoción de la Salud Acuerdo 229 |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Vacunación</li> <li>• Computador e impresora</li> </ul>  |          |  |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Iluminación de las instalaciones</li> </ul> |          |  |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Niños Vacunados}}{\text{No. de Niños Susceptibles}} \times 100$  |          |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Medir el porcentaje de niños vacunados.  |  |  |
| <b>ELABORO:</b>   |          | <b>REVISO:</b>   |  | <b>APROBO:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |

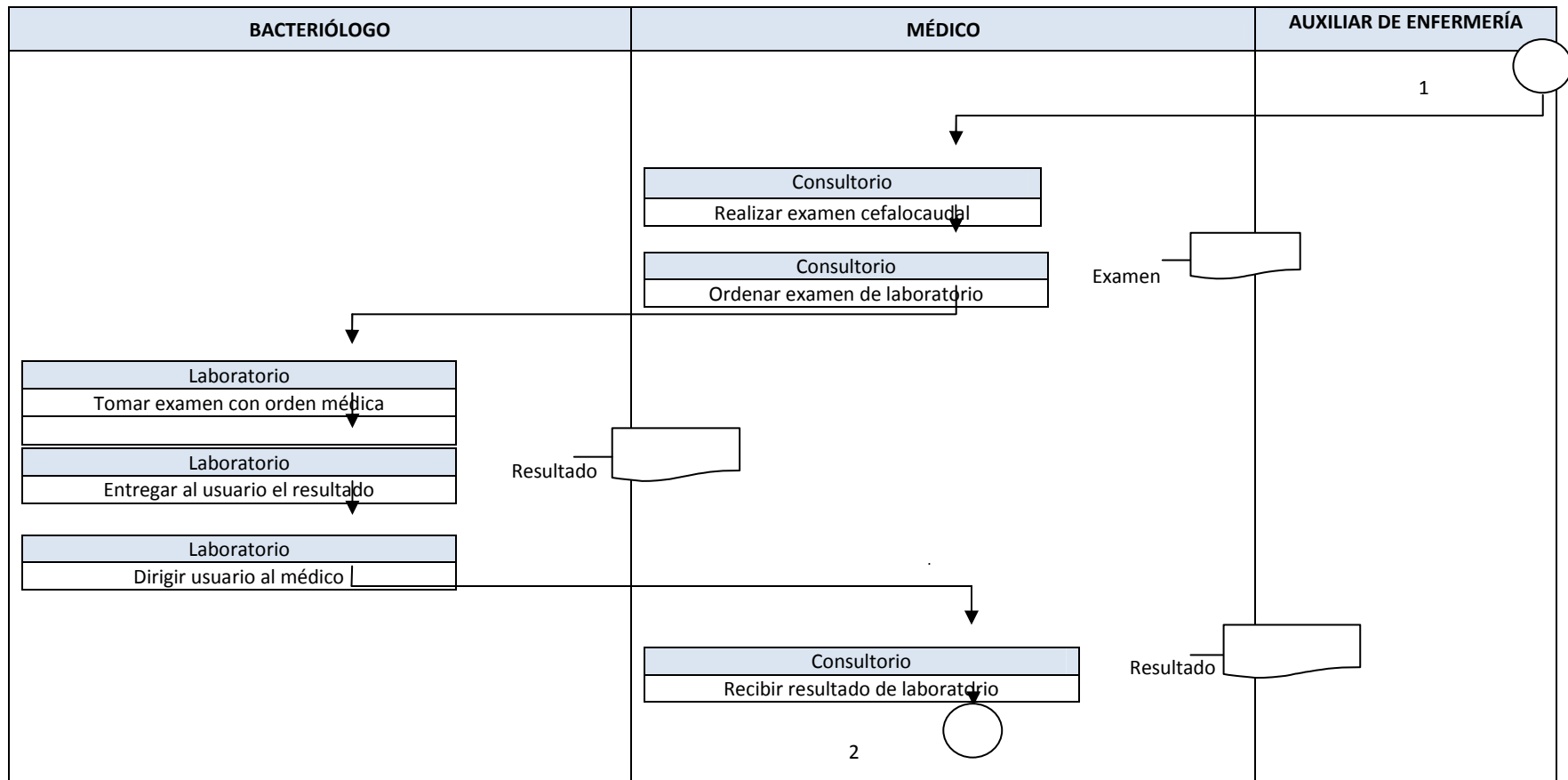


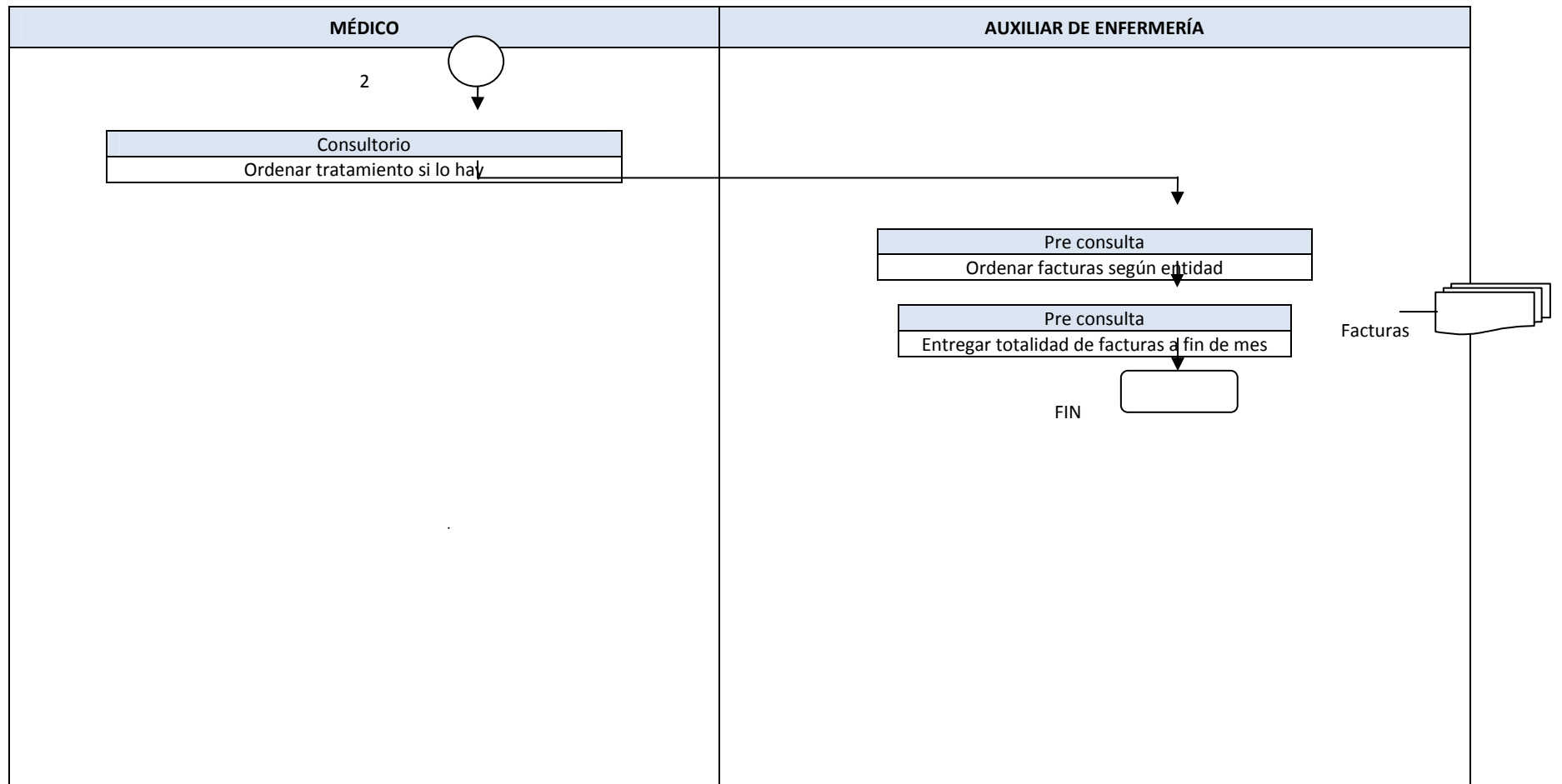


|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
|    | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:<br/>PR28M12</b>  |   |
|   |  |   | <b>Edición: 01</b>  |   |
| <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |  |   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |
|   |  |   |   | <b>Página: 149 de 281</b>   |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Intramural</b>  |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Detección Temprana de Alteraciones del Joven)   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Detectar tempranamente los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población juvenil, que comprende edades entre 10 y 24, con el fin de controlar los factores de riesgo en los jóvenes.  |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia solicitando el carnet y documento de identificación del usuario y termina con la entrega de las facturas al final de cada mes.   |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Enfermero (a) de PyP  |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de actividades programa alteraciones del joven<br>-Insumos e implementos para examen<br>- Programa mejoramiento continuo de vacunación<br>-Programa de prevención de alteraciones en el joven | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el carnet y documento de identificación.</li> <li>Ingresar el número de identificación o el nombre del usuario al sistema.</li> <li>Imprimir factura y entregar al usuario para que la firme.</li> <li>Dirigir al usuario a pre consulta.</li> <li>Tomar signos vitales.</li> <li>Dirigir al usuario a consulta médica general.</li> <li>Realizar el examen cefalocaudal y ordenar examen de laboratorio (Hemoglobina 10 a 13 años, Serología según Riesgo, Colesterol Joven HDL).</li> <li>Tomar el exámen.</li> <li>Entregar el resultado al médico.</li> <li>Dirigir al usuario a consulta con el médico para leer el resultado.</li> <li>Ordenar tratamientos si los hay.</li> <li>Programación de próximas citas (consulta control por médico edad de 10 a 13 años, consulta control por médico edad de 14 a 16 años, consulta control por medico edad de 17 a 21 años, consulta control por médico edad de 22 a 24 años).</li> <li>Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li>Entregar la totalidad de facturas al final de cada mes.</li> </ol> | -Toma de signos vitales al usuario<br>-Examen hecho al paciente<br>-Resultado examen<br>-Factura<br>-Próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsubsidados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>RECURSOS</b>   |  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Médico<br>• Enfermero (a) de PyP<br>• Auxiliar de Enfermería<br>• Facturador   |  | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato servicios de promoción y prevención  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolos de actividades programa alteraciones del joven  | <b>NORMA:</b><br><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 100 de 1993  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900345572-8</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR28M12</b>   |  |
|   |  |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
|   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |  |
|   |  |  | <b>Página: 150 de 281</b>  |  |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de consulta médica</li> <li>Computador e impresora</li> </ul> <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Cordialidad y colaboración</li> <li>Seguridad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Iluminación de las instalaciones</li> <li>Ambientación</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato programa de prevención de alteraciones en el joven</li> <li>-Formato programa detección temprana de alteraciones del joven</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b>                                 | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <b>INDICADORES:</b>   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>                           |  |  |
| No. de De Consultas de Detección Temprana de Alteraciones del Joven<br><hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> X 100<br>No. de Pacientes con Alteraciones   |  | Medir el porcentaje de jóvenes con alteraciones. |  |  |
| No. de Pacientes Curados<br><hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> X 100<br>No. de Pacientes Tratados  |  |  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>                                   |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente              |  |  |






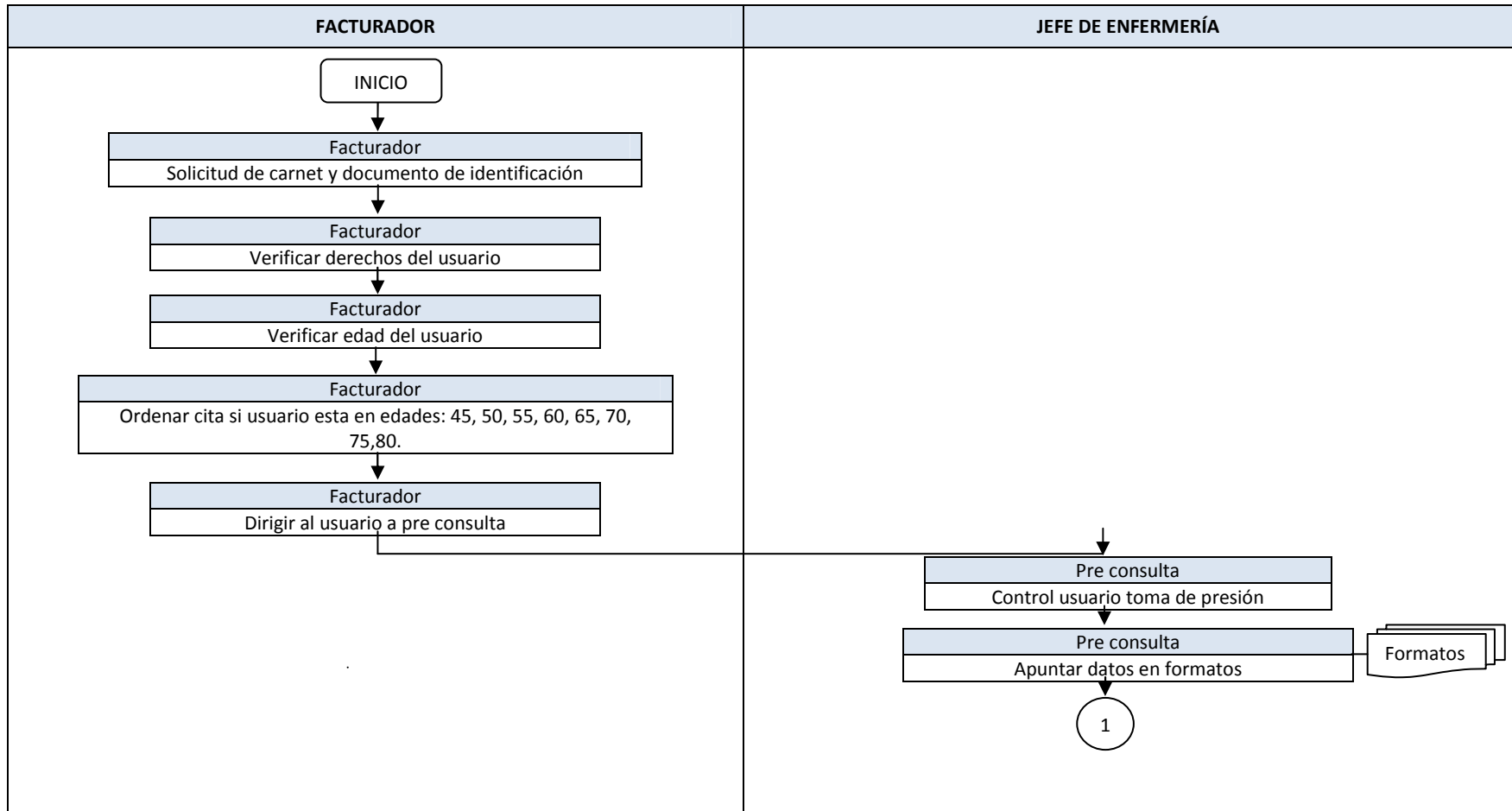


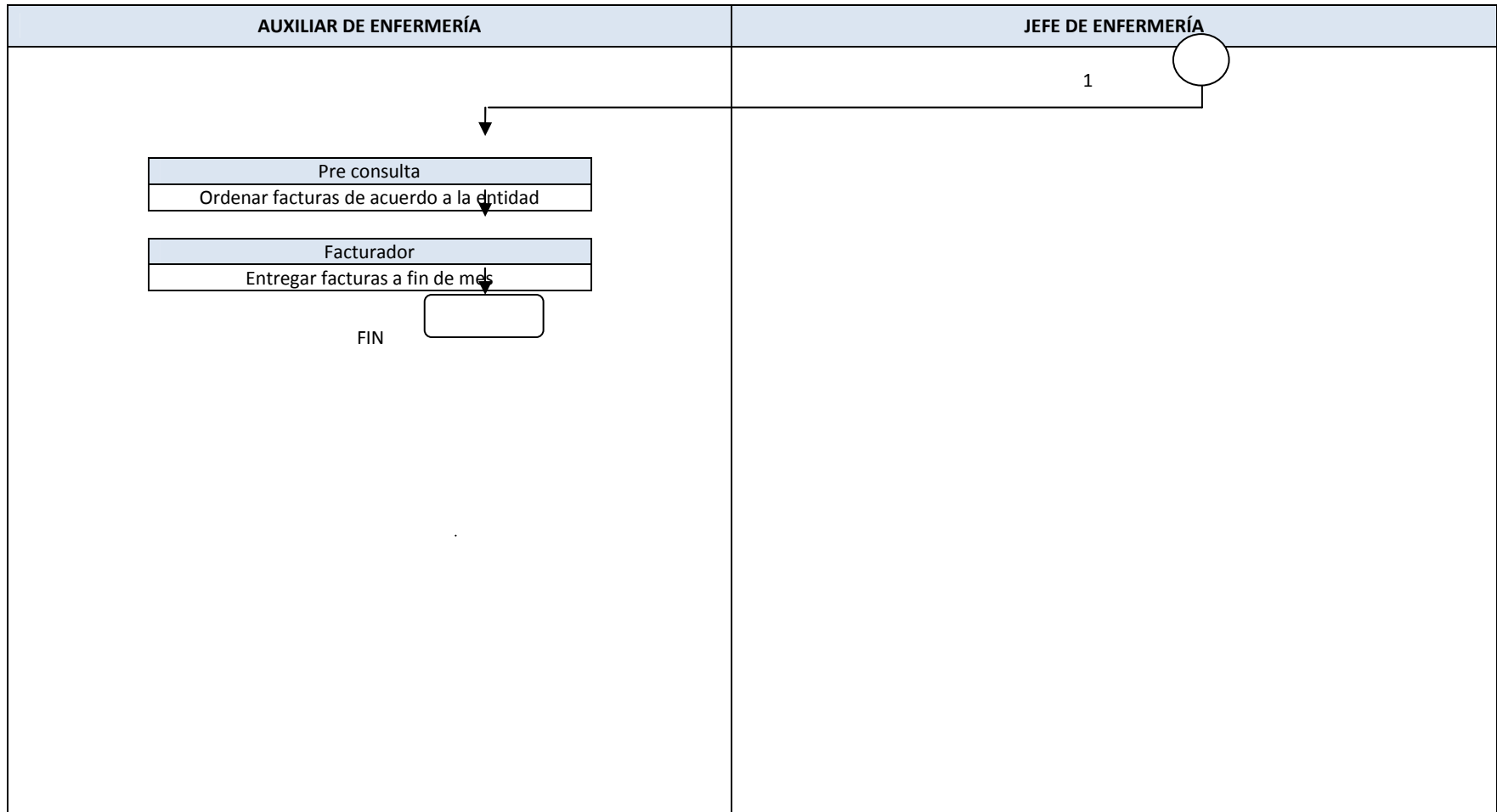


**5. PROCESOS MISIONALES**

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Intramural</b>  |  |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor)  |  |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Detectar oportunamente la presencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de 45 años, con el fin de darles tratamientos a tiempo de las patologías encontradas.  |  |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la solicitud del carnet al usuario y termina con la entrega de facturas al final de cada mes.  |  |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Enfermero (a) de PyP  |  |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de actividades adulto mayor<br>-Insumos e implementos para examen<br>- Programa mejoramiento continuo de adulto mayor<br>-Programa de prevención de alteraciones en el adulto mayor | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de carnet y documento de identificación.</li> <li>Verificar los derechos del usuario.</li> <li>Verificar la edad del usuario.</li> <li>Ordenar cita si el usuario se encuentra en las edades de 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años.</li> <li>Dirigir al usuario al consultorio médico.</li> <li>Consulta medica de primera vez</li> <li>Exámen médico.</li> <li>Remisión al laboratorio clínico para toma de exámenes (Para clínicos - Perfil Lipidio-Colesterol Total, Para clínicos - Perfil Lipidico - Colesterol HDL, Para clínicos - Perfil Lipidico - Colesterol LDL, Para clínicos - Perfil Lipidico - Triglicéridos, Para clínicos - Glucosa en Suero, Para clínicos - Creatinina en Suero, Orina y Otros y Para clínicos – Uroanálisis).</li> <li>Resultados de exámenes de laboratorio.</li> <li>Procedimiento a seguir según resultado.</li> <li>Educar al paciente de lo que debe hacer.</li> <li>Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li>Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes.</li> </ol> | -Actividades para el adulto mayor hechas al paciente<br>-Examen realizado<br>-Resultado del examen<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Médico<br>• Enfermero (a) de PyP<br>• Auxiliar de Enfermería<br>• Facturador   | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato programa promoción y prevención   | <b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolos de actividades adulto mayor  | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 100 de 1993   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |

|   |   |                                     |   |   |
|---|---|-------------------------------------|---|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |                                     | <b>Código:<br/>PR29M13</b>  |   |
|   |   |                                     | <b>Edición: 01</b>  |   |
|   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>                                     |                                     | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |   |
|   |   |                                     | <b>Página: 155 de 281</b>   |   |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                       |                                     | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de consulta médica</li> <li>Computador e impresora</li> </ul> <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Cordialidad y colaboración</li> <li>Seguridad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Iluminación de las instalaciones</li> <li>Ambientación</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b><br>-Detección de alteraciones en el adulto mayor | <b>EXTERNOS:</b>                    | <b>NORMA:</b><br>Artículo 1,2,3,4,5 y 7 "Calidad de la Atención en Salud"<br><br>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud " | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 10 de 1990<br><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Promoción de la Salud Acuerdo 229 |
| <b>INDICADORES:</b>   |   |                                     | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |   |
| $\frac{\text{No. de Consultas de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor}}{\text{No. de Pacientes con Alteraciones}} \times 100$ $\frac{\text{No. de Pacientes Curados}}{\text{No. de Pacientes Tratados}} \times 100$  |   |                                     | Medir el porcentaje de adultos mayores con alteraciones.  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>                      |   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                    | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |   |   |






**5. PROCESOS MISIONALES**

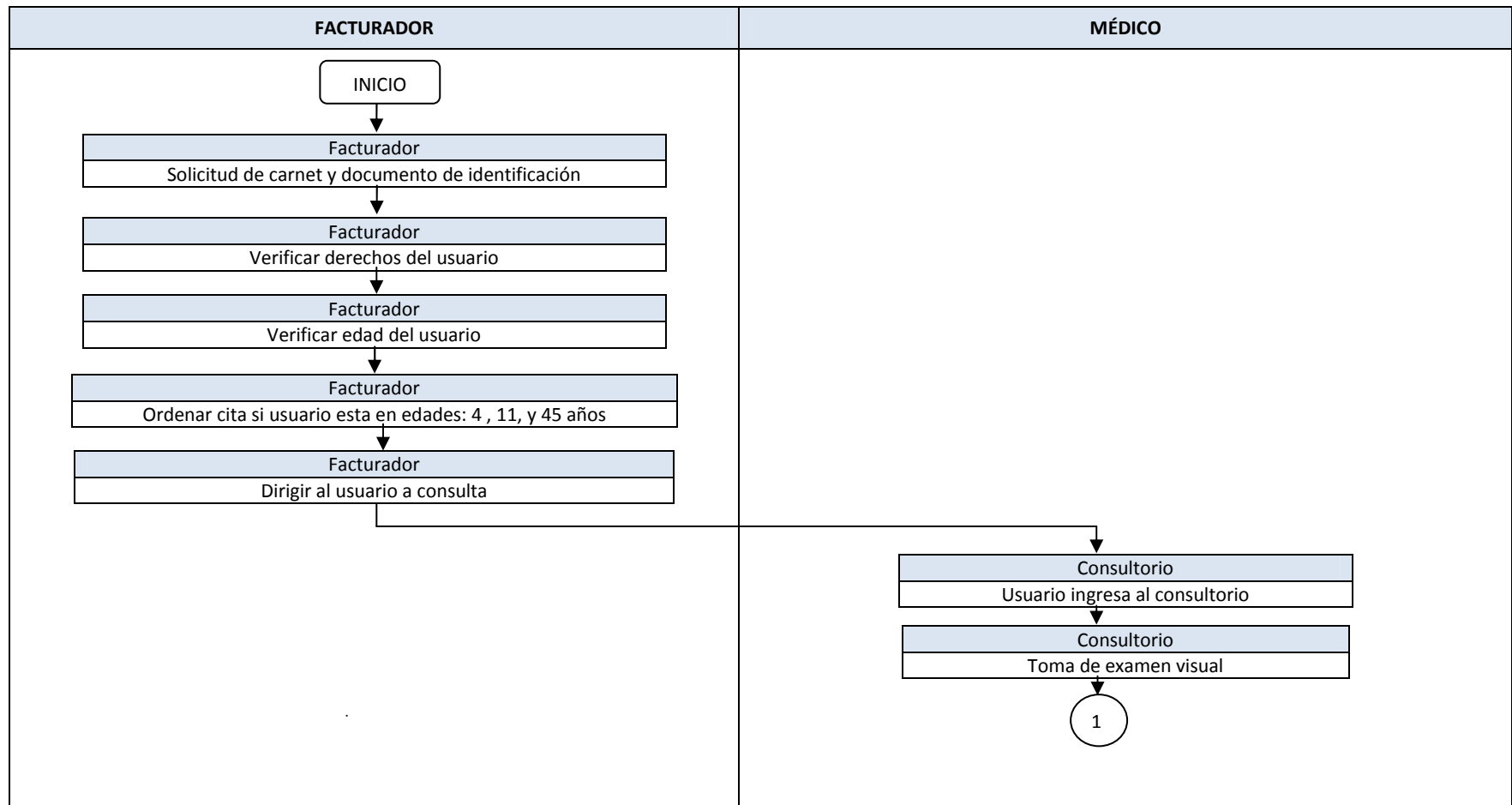
|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Intramural</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Agudeza Visual)   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Detectar tempranamente las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal) y ceguera en la población.    |
| <b>ALCANCE:</b>                    | EL procedimiento inicia con la solicitud del carnet al usuario y finaliza con la entrega de facturas al final de cada mes. |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Médico y Enfermero (a) de PyP  |

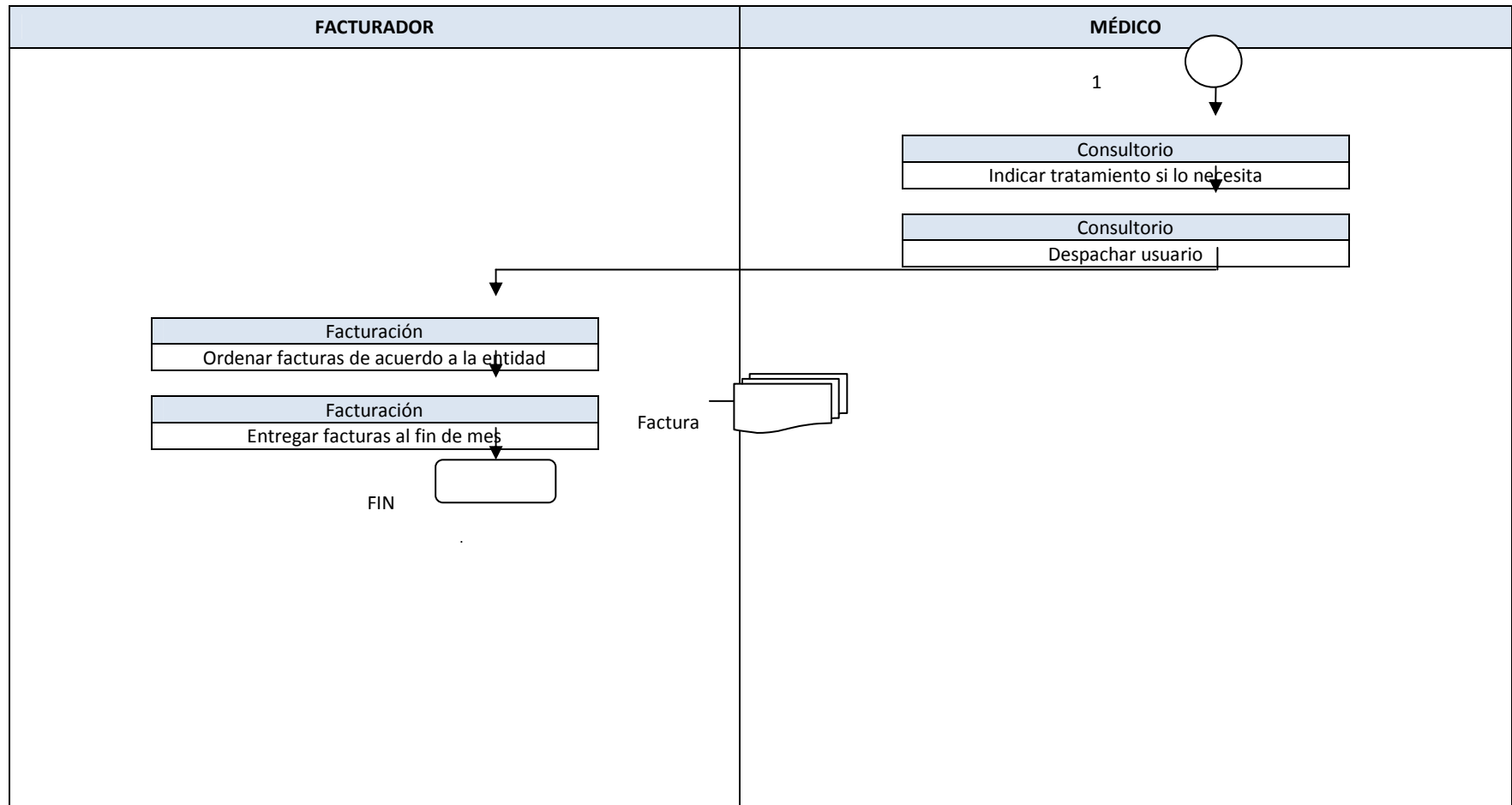
| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   | SALIDAS  | CLIENTES  |
|---|--|---|--|---|
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de actividades agudeza visual<br>-Insumos e implementos para examen<br>- Programa mejoramiento continuo agudeza visual<br>-Programa de prevención de agudeza visual | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar carnet y documento de identificación.</li> <li>Verificar los derechos del usuario.</li> <li>Verificar las edades del usuario.</li> <li>Ordenar cita al usuario si se encuentra en estas edades: niños de 4 años, adolescentes de 11 y 16 años y adultos de 45 años.</li> <li>El usuario ingresa a consultorio.</li> <li>Consulta médica.</li> <li>Examen médico (medición de la agudeza visual).</li> <li>Resultado médico y si es necesario se manda a consulta de primera vez con oftalmólogo.</li> <li>Procedimiento a seguir según resultado.</li> <li>Educar al paciente de lo que debe hacer.</li> <li>Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li>Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes.</li> </ol> | -Actividades de agudeza visual hechas al paciente<br>-Examen realizado<br>-Resultado del examen<br>-Procedimiento a seguir<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsubsidados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  | REQUISITOS APLICABLES   |
|--|---|---|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Enfermero (a) de PyP</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> <li>Facturador</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato servicio de promoción y prevención programa detección</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de actividades agudeza visual</li> </ul>                                |
|  |   | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7</li> </ul> |
|  |   | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> </ul>  |

| ELABORÓ:   | REVISÓ:  | APROBÓ:                             |
|--|--|-------------------------------------|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NET. 900.141.572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>                    |  | <b>Código:<br/>PR30M14</b>   |   |
|   |  |  | <b>Edición: 01</b>   |   |
|   | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|   |  |  | <b>Página: 159 de 281</b>  |   |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de consulta médica</li> <li>• Computador e impresora</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato detección temprana de alteraciones de la agudeza visual | <b>EXTERNOS:</b>                                     | <b>NORMA:</b><br>" Calidad de la Atención en Salud "<br><br>-Decreto 1011 de 2006<br>" Calidad de la Atención en Salud " | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 10 de 1990<br><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Promoción de la Salud Acuerdo 229 |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Cordialidad y colaboración</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Iluminación de las instalaciones</li> <li>• Ambientación</li> </ul> |  |  |  |   |
| <b>INDICADORES:</b>   |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>                               |  |   |
| $\frac{\text{No. de Usuarios con Agudeza Visual}}{\text{No. de Exámenes Practicados a Usuarios}} \times 100$  |  | Medir el porcentaje de pacientes con agudeza visual. |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                                       |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |







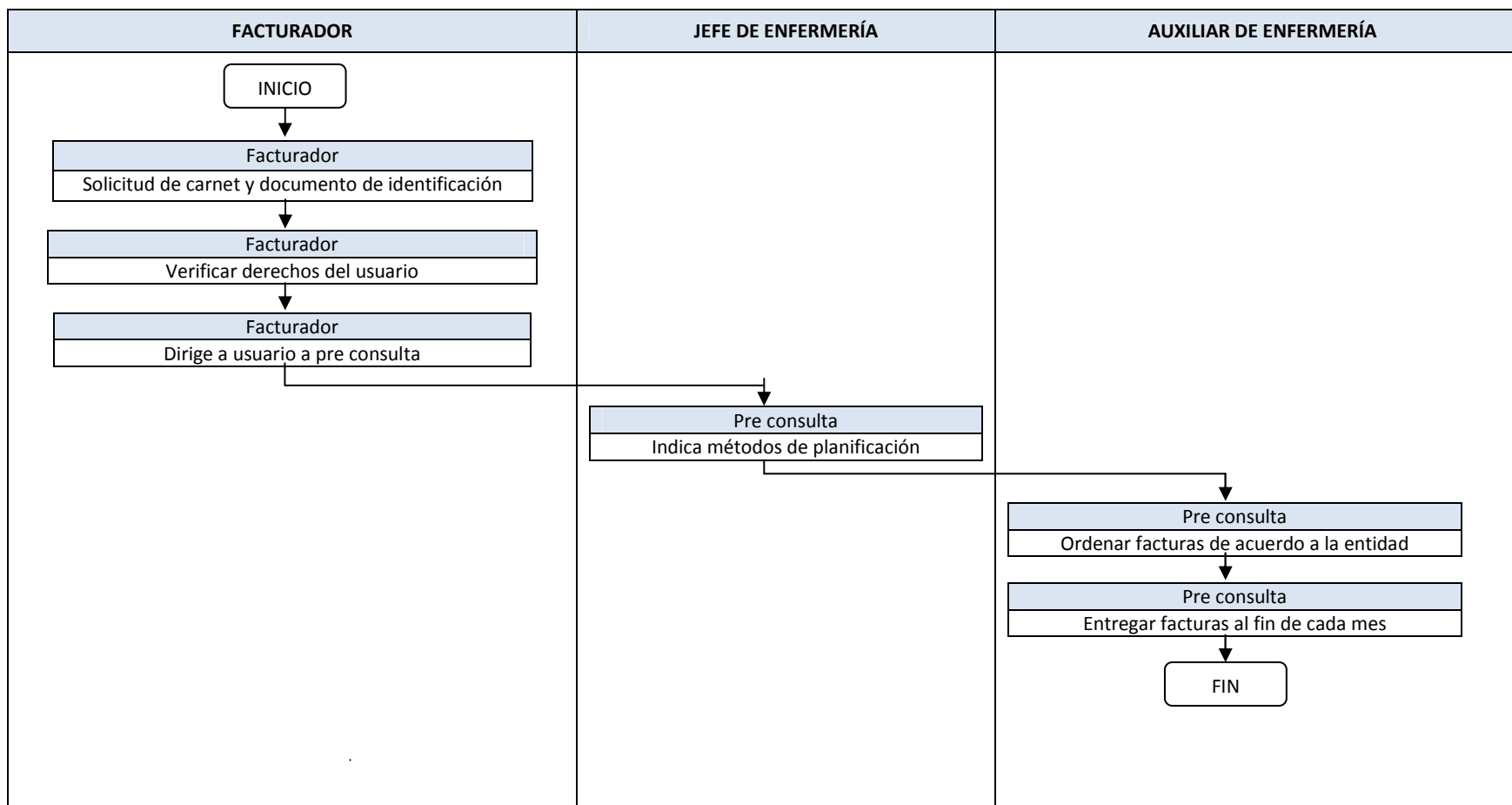


**5. PROCESOS MISIONALES**

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Intramural</b>  |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Intramural (Planificación Familiar)   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades con el fin de disminuir el número de gestaciones no deseadas y enfermedades de transmisión sexual. |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la solicitud del carnet al usuario y termina con la entrega de facturas al final de cada mes.  |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Enfermero (a) de PyP  |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de métodos de planificación familiar<br>-Insumos e implementos para aplicar el método<br>- Programa mejoramiento continuo planificación familiar<br>-Programa de prevención de gestaciones no deseadas y enfermedades de transmisión sexual     | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar carnet y documento de identificación.</li> <li>Verificar los derechos del usuario.</li> <li>Consulta de 1 vez por enfermería.</li> <li>Usuario llamado a consulta médica por 1 vez.</li> <li>Explicación a la pareja, mujer u hombre los distintos métodos que existen, sus ventajas, desventajas, sus riesgos y valor según el caso.</li> <li>Sugerencias a la pareja, hombre o mujer del método.</li> <li>Elección del método de planificación.</li> <li>Programación de próxima cita.</li> <li>Procedimiento aplicación del método de planificación (Suministro Anticonceptivos, Aplicación de Inyecciones, Aplicación Dispositivo Intrauterino, Esterilización Mujeres – Ligadura).</li> <li>Educar al paciente.</li> <li>Cronograma para consulta de control por enfermería y por médico.</li> <li>Generar e imprimir factura.</li> <li>Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</li> <li>Entregar la totalidad de facturas al final de cada mes.</li> </ol> | -Método de planificación familiar hecho al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosमितec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Médico<br>• Enfermero (a) de PyP   | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato atención en planificación familiar  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolos de métodos de   | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre   | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 100 de 1993   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| RECURSOS  |  | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |   | REQUISITOS APLICABLES  |   |
|---|--|---|---|--|---|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul>  |  | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato consulta de primera vez<br><br>-Formato atención en planificación familiar<br><br>-Formato consulta de control y seguimiento | <b>EXTERNOS:</b><br>planificación familiar  | <b>NORMA:</b><br>de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7<br>" Calidad de la Atención en Salud "<br><br>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud " | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 10 de 1990<br><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Promoción de la Salud Acuerdo 229 |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de consulta médica</li> <li>Computador e impresora</li> </ul>   |  |   |   |  |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Cordialidad y colaboración</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Seguridad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Iluminación de las instalaciones</li> <li>Ambientación</li> </ul> |  |   |   |  |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Actividades Realizadas}}{\text{No. de Actividades Programadas}} \times 100$<br>No. de Parejas Satisfechas con la Consejería Sobre Elección de Métodos Anticonceptivos<br><br>No. de Consejerías Dadas en la Consulta Durante un Mes  |  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Porcentaje de Cumplimiento.<br><br>Medir el grado de satisfacción de los usuarios sobre la consejería para elección de métodos anticonceptivos. |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |

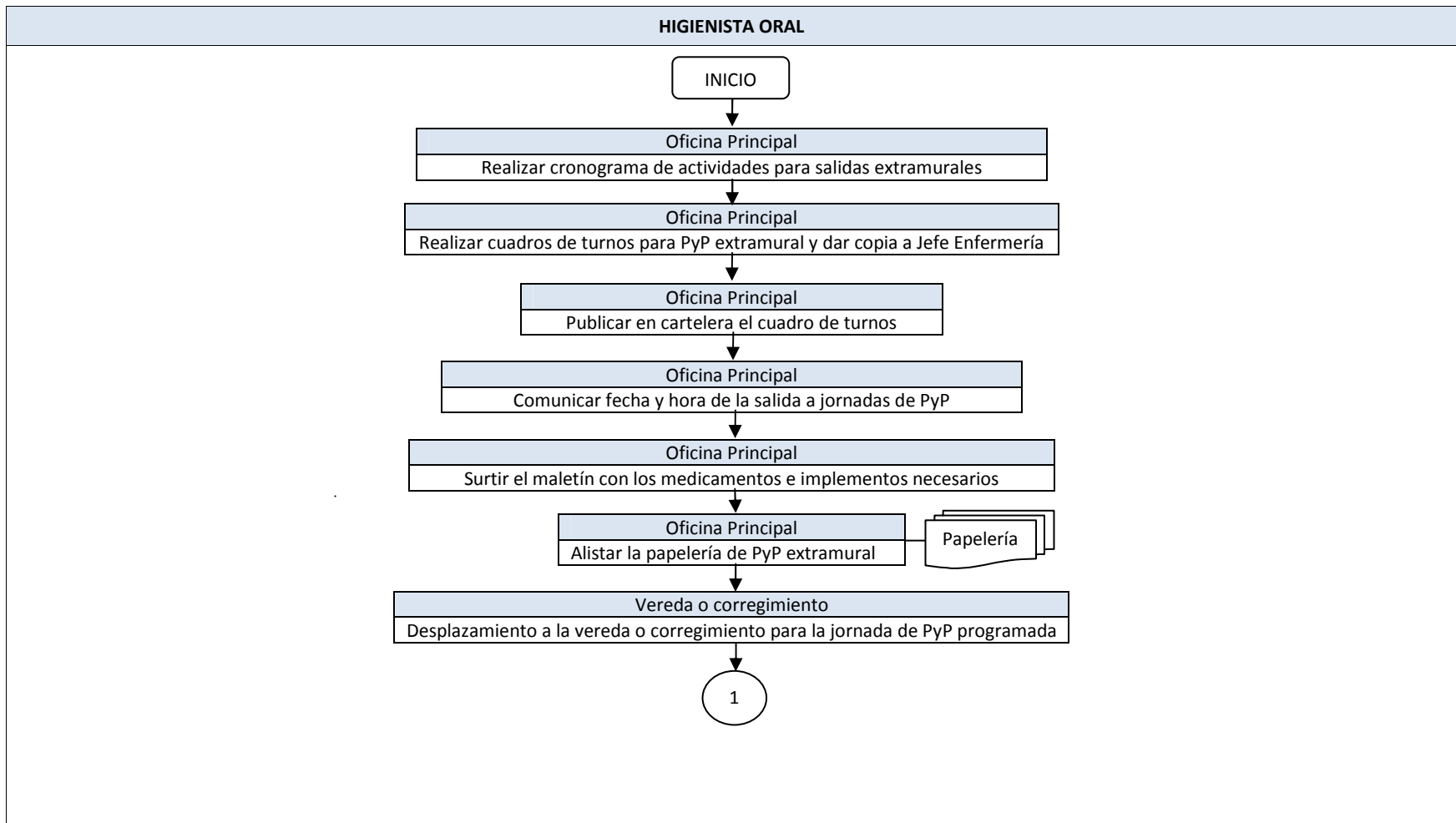


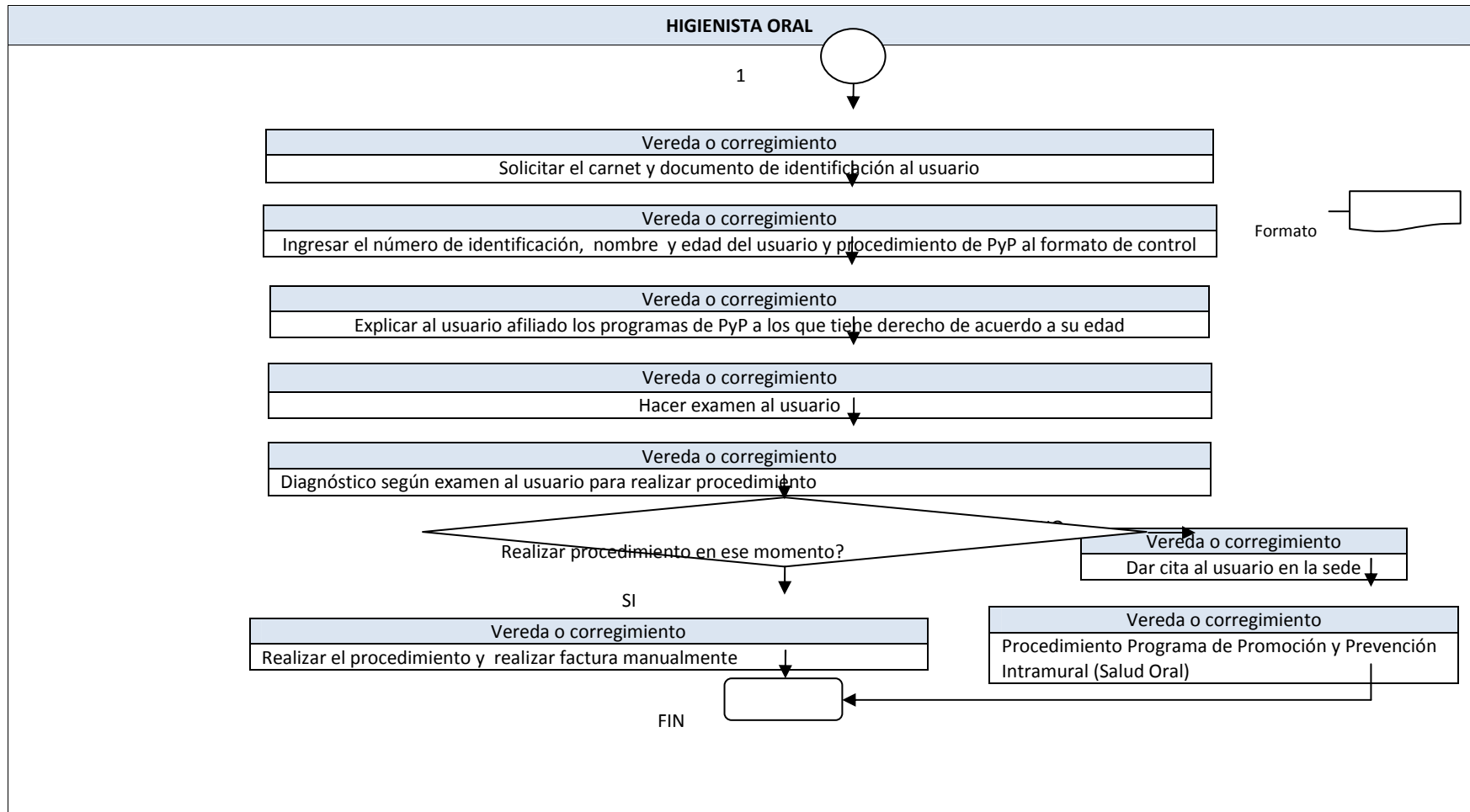
**5. PROCESOS MISIONALES**

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Extramural</b>   |   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Salud Oral)  |   |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población extramural del municipio de La Vega, con el fin de contribuir con el mantenimiento de la salud del ser humano integral por medio de un trabajo holístico enfocado en la promoción y prevención en salud oral. |   |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | El procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con la entrega de facturas al final de cada mes.   |   |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Higienista  |   |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede de PyP<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo odontológico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de de higiene oral<br>-Implementos e insumos de unidad odontológica  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a la Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>11. Hacer exámen al usuario.</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>13. De lo contrario se le sugiere pedir</li> </ol> | -Actividades de salud oral hechas al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados:<br>Subsidiados,<br>Contributivos,<br>Vinculados,<br>Vinculados no<br>Identificados,<br>Particulares y<br>Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud,<br>Salud vida, AIC<br>Asociación<br>Indígena del<br>Cauca, Caprecon,<br>Cosmitec, S.O.S,<br>Coomeva<br>SaludCoop,<br>Humana Vivir,<br>Nueva EPS,<br>Confenalco Valle,<br>Coosalud,<br>Colmedica Valle,<br>EPS Condor, Cali<br>Salud, Caprecom,<br>Selva Salud, La<br>Previsora, QBE<br>Central de<br>Seguros, Seguros<br>del Estado,<br>Sanitas, Ejército,<br>Policía y<br>Secretaría de<br>Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS | ACTIVIDADES   | SALIDAS   |   |   |
|--|----------|---|---|---|---|
|  |          | cita y acercarse a la sede.<br><b>14.</b> Si el usuario pide la cita para PyP continuar con el siguiente paso.<br><b>15.</b> Dar cita al usuario.<br><b>16.</b> Dirigir al usuario al consultorio de higiene oral.<br><b>17.</b> Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.<br><b>18.</b> Ingresar el número de identificación o el nombre del usuario al sistema.<br><b>19.</b> Verificar qué procedimientos se le van a realizar de acuerdo a la edad del usuario.<br><b>20.</b> Ubicar al usuario en la unidad odontológica.<br><b>21.</b> Realizar las actividades de salud oral control y remoción de placa bacteriana de 2 a 19 años, control de placa bacteriana a mayores de 20 años, detartraje supragingival de 12 años en adelante, aplicación de sellantes fotocurado o autocurado de 3 a 15 años y aplicación de flúor de 5 a 19 años).<br><b>22.</b> Ingresar los datos personales del paciente al sistema para realizar la factura.<br><b>23.</b> Imprimir la factura.<br><b>24.</b> Firmar la factura.<br><b>25.</b> Dar una charla educativa al usuario sobre el manejo y técnica del cepillado.<br><b>26.</b> Recordar la próxima cita, con el día, la fecha y la hora.<br><b>27.</b> Ordenar facturas según la entidad.<br><b>28.</b> Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes. |   |   |   |
| RECURSOS   |          | DOCUMENTOS ASOCIADOS  | REQUISITOS APLICABLES   |   |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Odontólogo general</li> <li>Auxiliar de consultorio odontológico e higienista oral.</li> </ul>  |          | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato Control salud oral extramural<br><br>-Carnet de control de citas   | <b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolos de procedimientos de higiene oral | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 "Calidad de la Atención en Salud"<br><br>-Decreto 1011 de 2006 "Calidad de la Atención en Salud" | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 100 de 1993<br><br>-Ley 10 de 1990<br><br>-Ley 715 de 2001 "Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Promoción de la Salud Acuerdo 229 |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul>  |          |   |   |   |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul> |          |   |   |   |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>No. de Actividades Realizadas de Higiene<br><hr/> No. de Actividades Programadas de Higiene   |          | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de salud oral.   |   |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  |          | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |





**5. PROCESOS MISIONALES**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Extramural</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Crecimiento y Desarrollo)   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar el crecimiento y desarrollo en la niñez y orientar a los padres y cuidadores de los niños y niñas menores de diez años en el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | Este procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con la entrega de las facturas al finalizar el mes.   |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Médico ESE Surorienté  |

| PROVEEDORES   | ENTRADAS  | ACTIVIDADES  | SALIDAS  | CLIENTES  |
|---|---|--|--|---|
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de de crecimiento y desarrollo<br>-Formato COVE<br>-Equipos para actividades de crecimiento y desarrollo | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad (Control por Enfermería - Menor de 1 año (0-3 meses), Control por Enfermería - Menor de 1 año (4-6 meses), Control por Enfermería - Menor de 1 año (7-9 meses),</li> </ol> | -Actividades de desarrollo y crecimiento hechas al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura<br>-Historia línica diligenciada<br>-Archivo de Historia Clínica | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Viriv, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

**APROBÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente



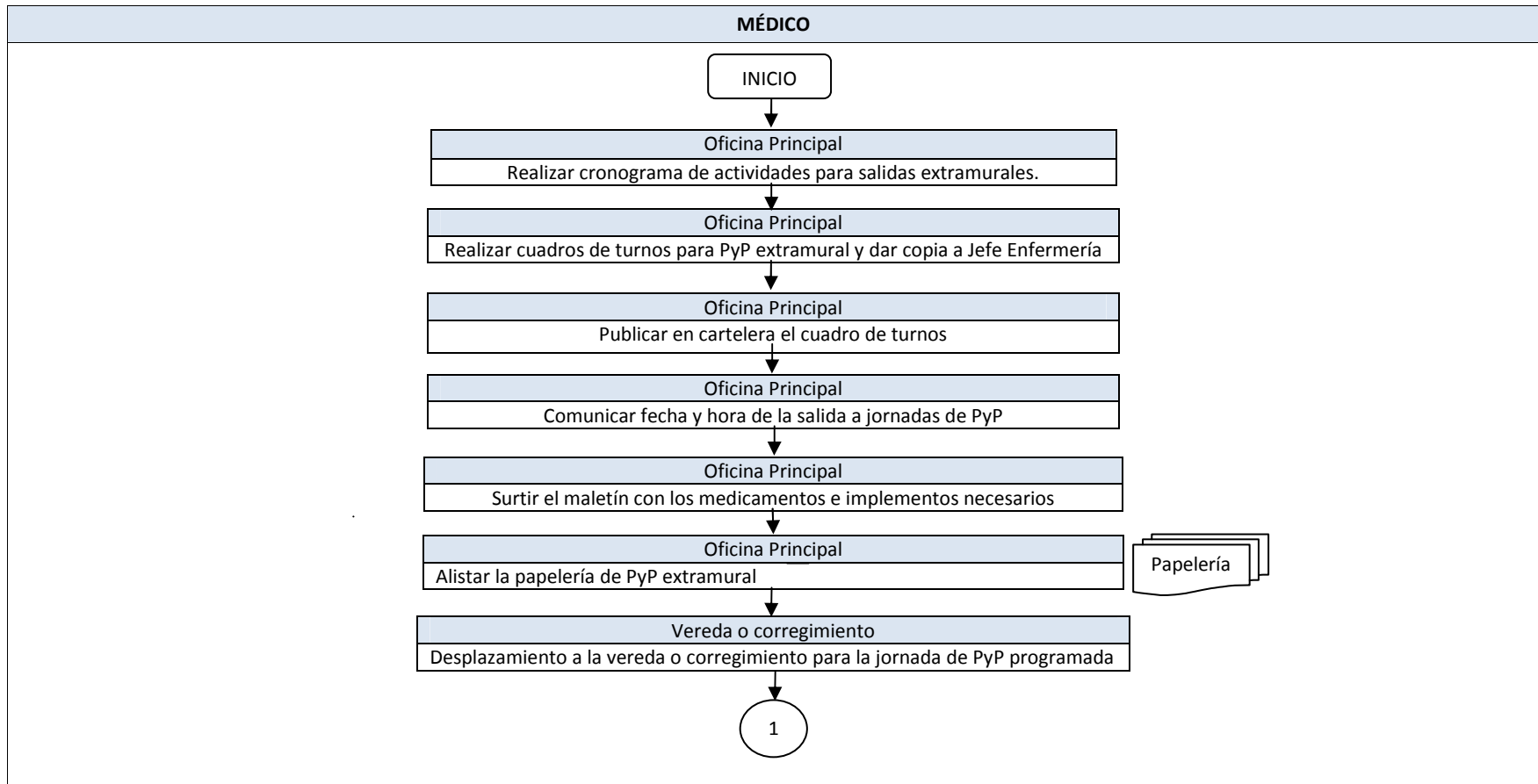


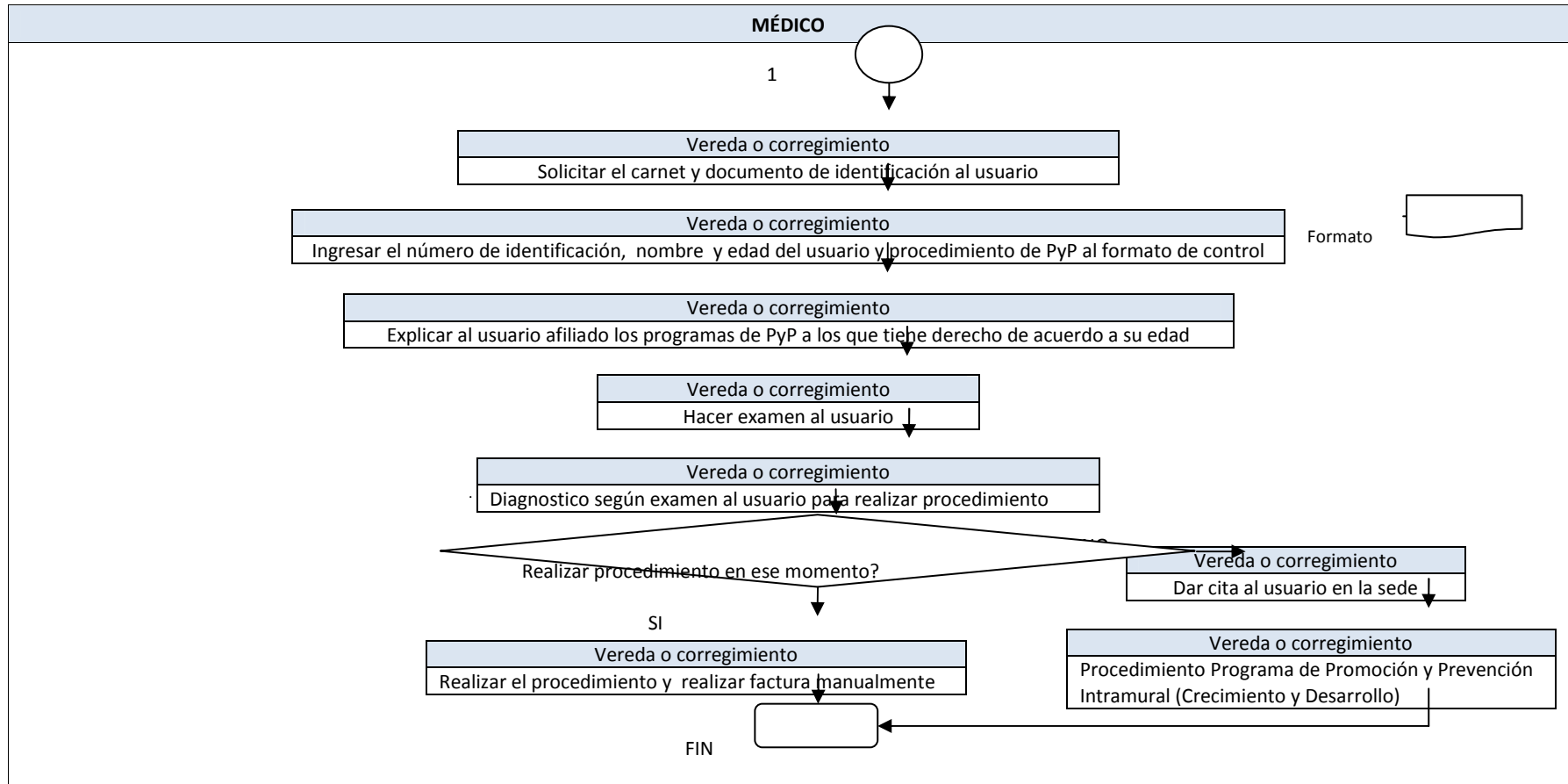
**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS | ACTIVIDADES  | SALIDAS                             |
|--|----------|--|-------------------------------------|
|  |          | <p>Control por Enfermería - Menor de 1 año (10-12 meses), Control por Enfermería - Niños de 1 año (13-16 meses), Control por Enfermería - Niños de 1 año (17-20 meses), Control por Enfermería Niños de 2 años (25-30 meses), Control por Enfermería Niños de 2 años (31-36 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (37-48 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (49-60 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (61-72 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (73-84 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (85-96 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (97-108 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (73-84 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (85-96 meses), Control por Enfermería Niños de 3 a 9 años (97-108 meses).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Hacer exámen al usuario.</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente, de lo contrario se le sugiere pedir cita y acercarse a la sede.</li> <li>13. Si el usuario pide la cita para PyP, continuar siguiente paso.</li> <li>14. Dar cita al usuario.</li> <li>15. Dirigir al usuario al consultorio médico.</li> <li>16. Solicitar el carnet y documento de identificación.</li> <li>17. Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>18. Si el usuario va por primera vez abrir Historia Clínica por medio del registro civil del menor. Si el usuario no va por primera vez buscar la Historia Clínica del paciente, según el número de identificación.</li> <li>19. Generar e imprimir la factura.</li> <li>20. Indicar al usuario que debe firmar la factura.</li> <li>21. Dirigir al usuario a pre consulta.</li> <li>22. Trasladar la Historia Clínica de Crecimiento y Desarrollo.</li> <li>23. Diligenciar información correspondiente en los formatos de crecimiento y desarrollo.</li> <li>24. Diligenciar el formato de información del COVE.</li> <li>25. Tomar peso y talla del menor.</li> <li>26. Diligenciar en la Historia Clínica datos de peso y talla.</li> <li>27. Pasar a consulta de primera vez con médico general.</li> <li>28. Programar la próxima cita.</li> <li>29. Explicar al usuario si el menor se encuentra o no en las tablas normales de crecimiento.</li> <li>30. Si el menor presenta alteraciones en peso y talla, dirigir al usuario al consultorio médico (seguir procedimiento de consulta externa)</li> <li>31. Si el menor se encuentra bien de peso y talla, dirigir al usuario al jefe de enfermería.</li> <li>32. Diligenciar formatos finales.</li> <li>33. Ordenar las facturas según la entidad.</li> <li>34. Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes.</li> </ol> |                                     |
| <b>ELABORÓ:</b>  |          | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| RECURSOS  | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |   | REQUISITOS APLICABLES  |   |
|---|--|---|--|---|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica.</li> <li>-Formato control crecimiento y desarrollo extramural</li> <li>-Formatos Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo</li> <li>-Formato consulta de primera vez por medicina general</li> <li>-Formato de escala abreviada de desarrollo (EAD-1)</li> <li>-Formato de consulta de control de crecimiento y desarrollo, atención infantil y preescolar</li> <li>-Esquema de control de crecimiento y desarrollo</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de procedimientos de crecimiento y desarrollo</li> <li>-Informe COVE</li> <li>-Protocolo de talla y peso</li> <li>- Programa ampliado de inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul>   |  |   |  |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul> |  |   |  |   |
| <b>INDICADORES:</b> <p>No. de Actividades Realizadas de Crecimiento y Desarrollo</p> <hr/> <p>No. de Actividades Programadas de Crecimiento y Desarrollo</p>  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b> <p>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de crecimiento y desarrollo, con el fin de captar el mayor número de pacientes y poder detectar a tiempo los problemas de la niñez.</p>  |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |





**5. PROCESOS MISIONALES**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Extramural</b>   |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Control Prenatal)  |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Detectar tempranamente y controlar las alteraciones durante el embarazo de las mujeres, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.  |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | Este procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con la entrega de facturas al finalizar cada mes.  |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Jefe de enfermería   |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Historia Clínica<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de de control prenatal<br>-Equipos para actividades de crecimiento y desarrollo | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>11. Hacer examen al usuario.</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>13. De lo contrario se le sugiere pedir cita y acercarse a la entidad.</li> </ol> | -Actividades de control prenatal hechas al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura<br>-Historia Clínica diligenciada<br>-Archivo de Historia Clínica | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados:<br>Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   | SALIDAS |
|-------------|--|---|---------|
|             | - Programa mejoramiento continuo de la atención prenatal | <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.</li> <li>15. Dar cita al usuario.</li> <li>16. Dirigir al usuario al consultorio médico.</li> <li>17. Solicitar carnet y documento de identificación.</li> <li>18. Ingresar número de identificación del usuario al software.</li> <li>19. Si el paciente va por primera vez.</li> <li>20. Abrir Historia Clínica con examen que certifique el embarazo.</li> <li>21. Si el paciente va a control.</li> <li>22. Buscar Historia Clínica de acuerdo al número de identificación.</li> <li>23. Generar e imprimir la factura.</li> <li>24. Dirigir al usuario a pre consulta.</li> <li>25. Trasladar Historia Clínica a pre consulta.</li> <li>26. Llamar al usuario.</li> <li>27. Pesar y tomar la presión al usuario.</li> <li>28. Diligenciar la Historia Clínica.</li> <li>29. Diligenciar tarjeta donde están todos los datos de la paciente.</li> <li>30. Diligenciar el carnet materno.</li> <li>31. Consulta de 1 vez con médico general (I trimestre)</li> <li>32. Ordenar los exámenes de laboratorio (Serología VDRL, Hemograma Completo, Hemoclasificación, Uroanálisis, Glicemia y Ecografía Obstétrica, Frotis de Flujo Vaginal en Caso de Leucorrea o Riesgo de Parto Prematuro)</li> <li>33. Ordenar vacunas (Vacuna TD Toxoide Diftérico).</li> <li>34. Suministrar Multivitaminicos.</li> <li>35. Verificar e indicar al usuario los controles de PyP (consulta de primera vez por odontología).</li> <li>36. Consulta de control médico general (I trimestre).</li> <li>37. Asignar citas al usuario dependiendo la localidad donde proviene para consulta médico general-II trimestre.</li> <li>38. Ordenar los exámenes de laboratorio (Ecografía II Trimestre, Glicemia II Trimestre y Uroanálisis II Trimestre).</li> <li>39. Asignar citas al usuario dependiendo la localidad donde proviene para consulta de control (consulta de control médico - II trimestre).</li> <li>40. Asignar cita al usuario dependiendo la localidad donde proviene para consulta médico general-III trimestre.</li> <li>41. Ordenar los exámenes de laboratorio (Serología VDRL III Trimestre, Si existe riesgo y Uroanálisis III Trimestre).</li> <li>42. Asignar citas al usuario dependiendo la localidad donde proviene para consulta de control (consulta de control médico - III trimestre).</li> <li>43. Entregar a la madre un paquete de bienestarina.</li> <li>44. Llenar las fichas.</li> <li>45. Pasar el usuario al médico.</li> <li>46. Ordenar facturas según entidad.</li> <li>47. Entregar facturas al finalizar el mes.</li> </ol> |         |

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

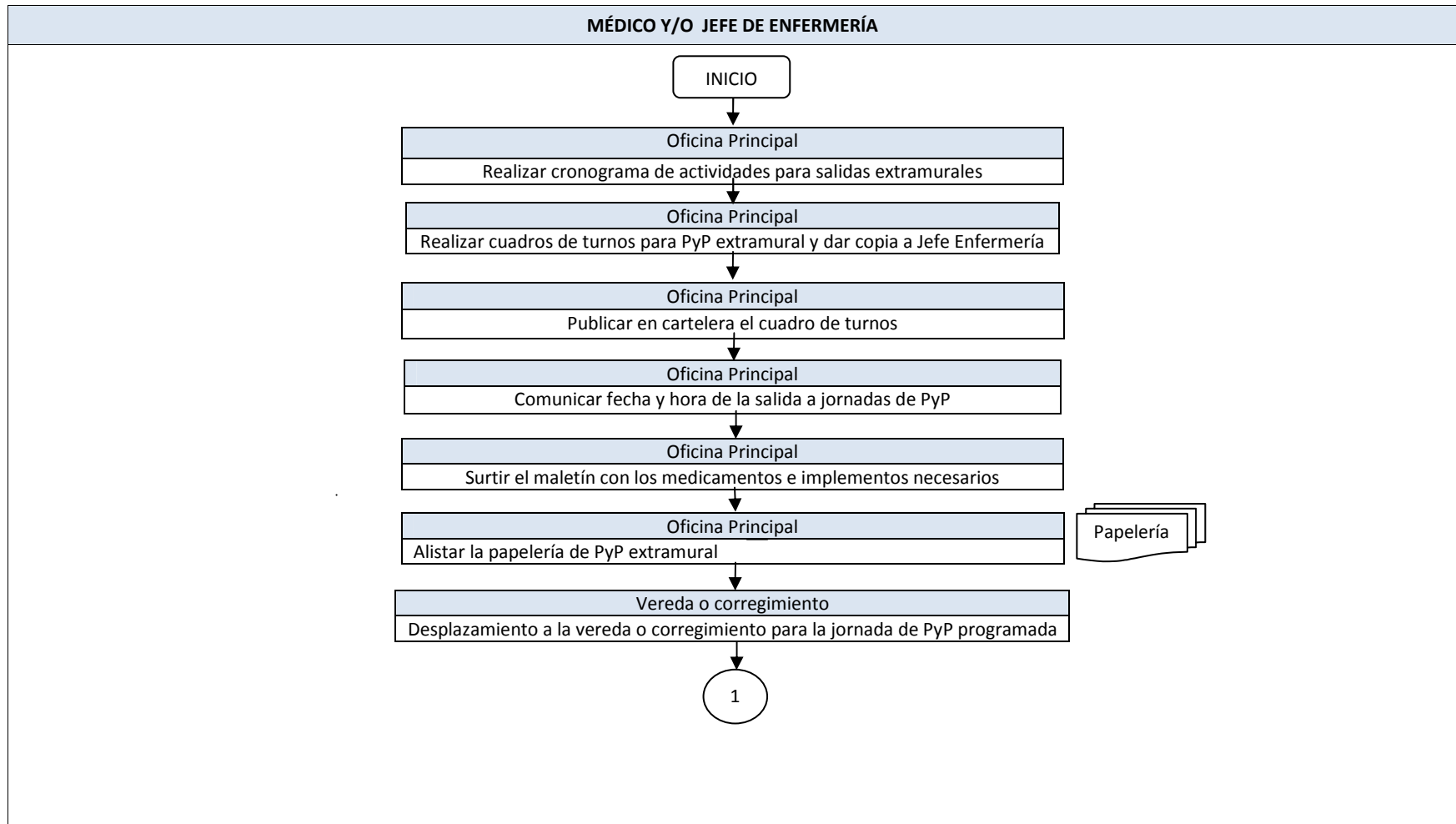
**APROBÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
 Pasantes Administración de Empresas

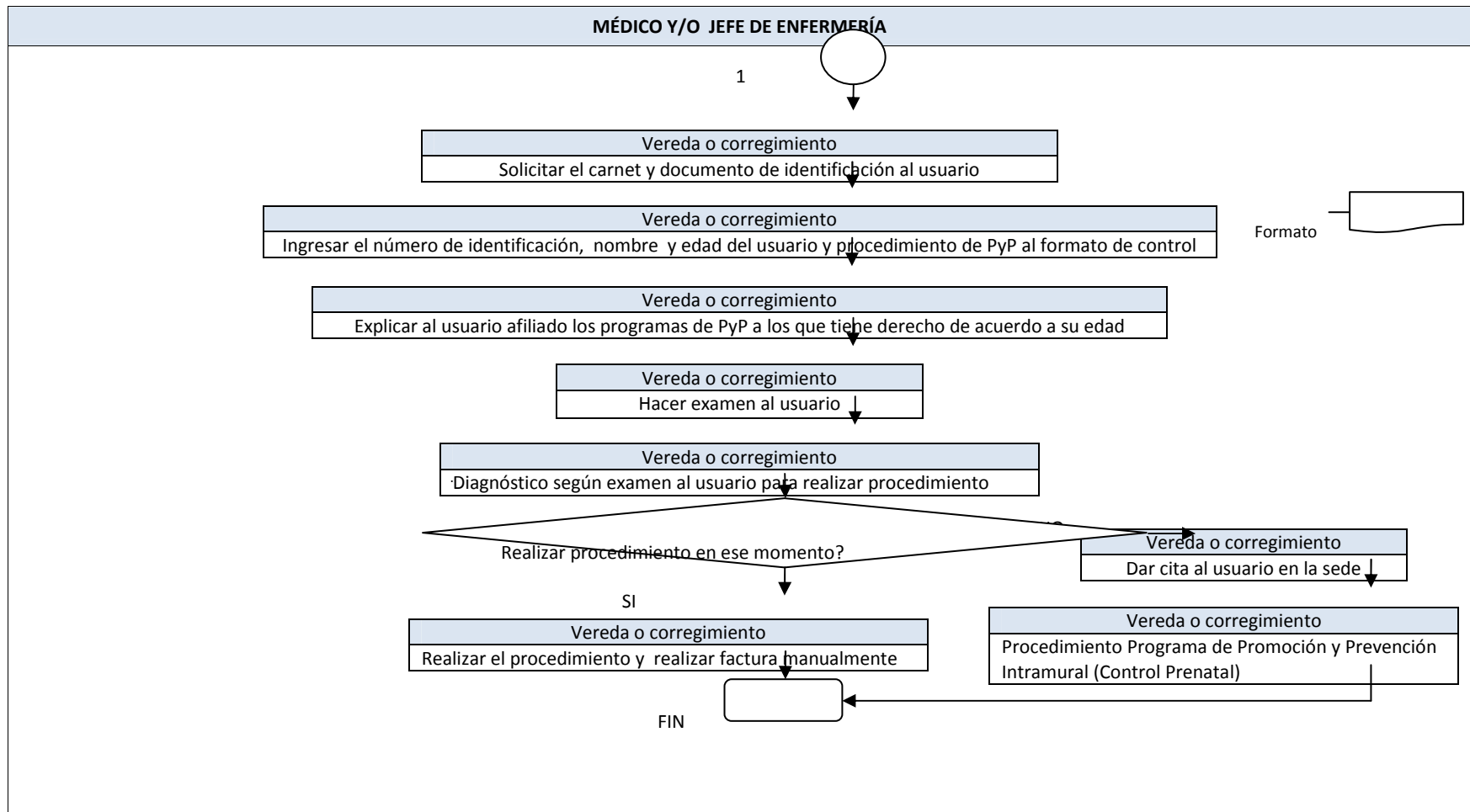
Paola Andrea García  
 Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
 Gerente

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Código:<br/>PR33M17</b>   |   |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |   |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|  |   |  | <b>Página: 176 de 281</b>  |   |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Enfermera de PyP</li> <li>• Médico</li> <li>• Bacteriología</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de control prenatal extramural</li> <li>-Formato detección de alteraciones en el embarazo</li> <li>-Formato consulta por primera vez</li> <li>-Historia Clínica perinatal</li> <li>-Tamizaje clínico y de laboratorio</li> <li>-Carnet materno</li> <li>-Exámenes para clínicos</li> <li>-Factura</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de procedimientos de control prenatal</li> </ul>   | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia o carro particular</li> </ul>  |   |  |  |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Adaptación al cambio</li> </ul> |   |  |  |   |
| <b>INDICADORES:</b>  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |  |   |
| <u>No. de Actividades Realizadas de Control Prenatal</u><br><u>No. de Actividades Programadas de Control Prenatal</u>  |   | Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de control prenatal, con el fin de captar el mayor número de pacientes y detectar a tiempo los problemas de la gestación. |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |







**5. PROCESOS MISIONALES**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Extramural</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino)  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevivencia, con el fin de disminuir la tasa de morbilidad o enfermedad debido a la detección temprana del cáncer de cuello uterino. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | El procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con entregar facturas al finalizar cada mes.  |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Enfermero (a) de PyP   |

| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   | SALIDAS   | CLIENTES  |
|---|--|---|---|---|
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolo toma de citología<br>-Insumos para toma de citología<br>- Programa Contra el cáncer cuello uterino | <ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>Hacer exámen al usuario.</li> <li>Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>De lo contrario se le sugiere pedir cita y acercarse a la sede.</li> </ol> | -Citología hecha al paciente<br>-Resultado de la citología<br>-Factura de la citología realizada al usuario | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |

**ELABORÓ:**

**REVISÓ:**

**APROBÓ:**

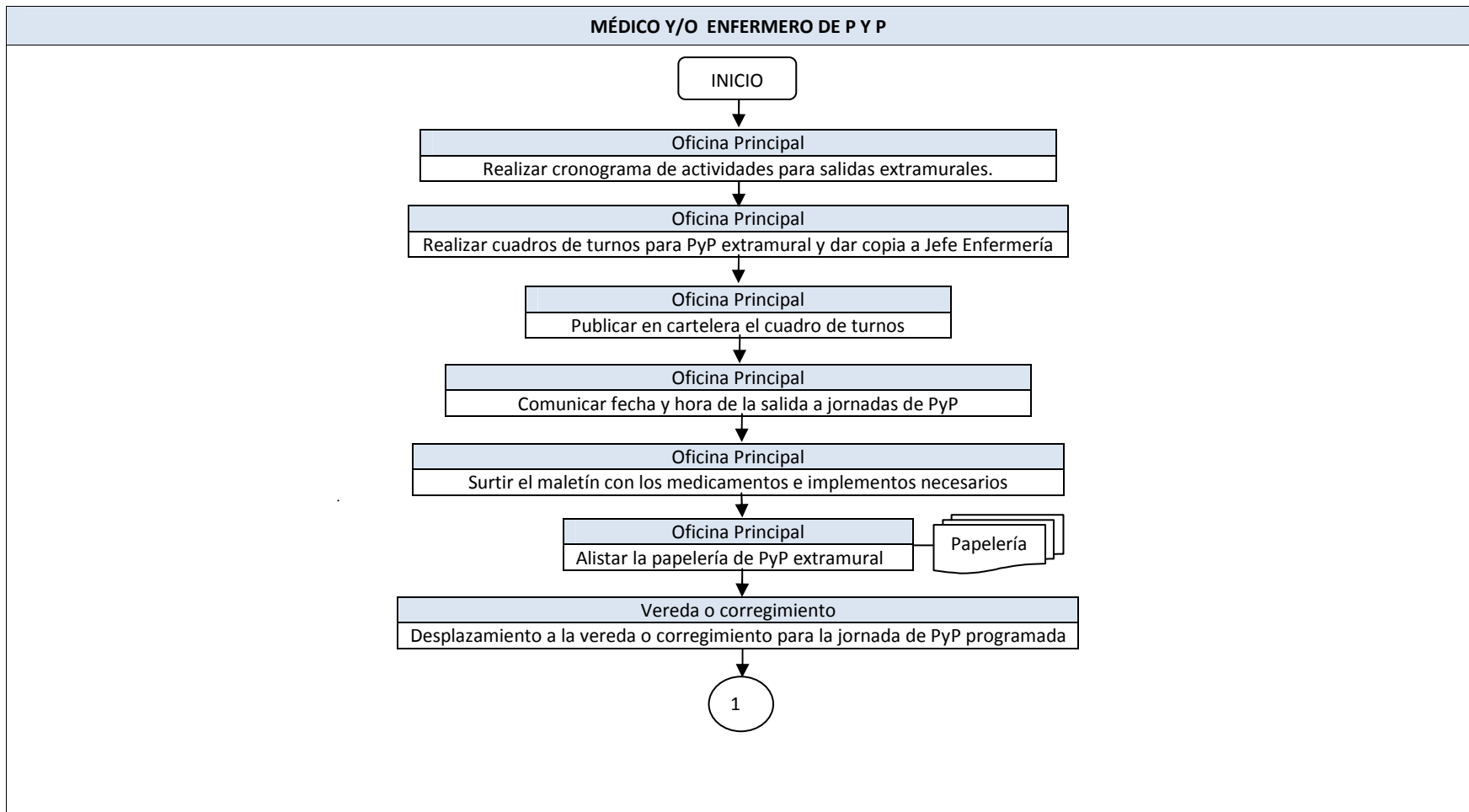
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

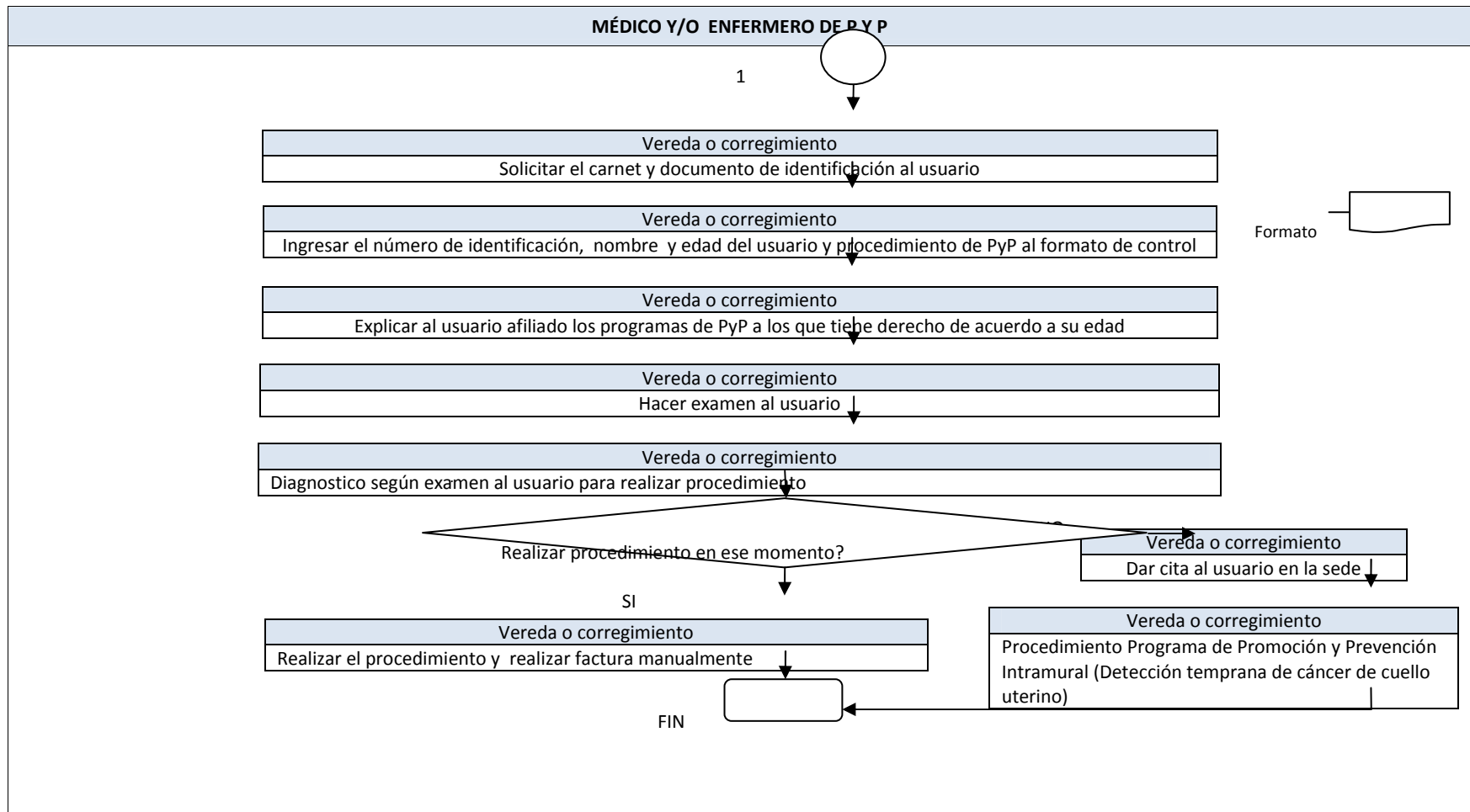
Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES   | ENTRADAS | ACTIVIDADES  |   |  | SALIDAS |   |  |  |  |
|---|----------|--|---|--|---------|---|--|--|--|
|   |          | <p>14. Si el usuario pide la cita para PyP continuar con el siguiente paso.<br/>           15. Dar cita al usuario.<br/>           16. Toma de citología.<br/>           17. Facturar la orden de facturación.<br/>           18. Revisar y verificar en el sistema, si el usuario se ha hecho la citología cada año.<br/>           19. Si se la ha tomado en menos de un año no se la hace, sino pasa a un filtro con las auxiliares de enfermería.<br/>           20. Trasladar la factura al filtro y llenar el formulario de citología endocervical.<br/>           21. Trasladar al control de citología.<br/>           22. Llenar placa de citología con nombre, empresa, médico, orden y fecha.<br/>           23. Toma de citología cervico uterina.<br/>           24. Explicar al usuario que en un mes debe volver por el resultado.<br/>           25. Agrupar las placas y el formato de citología eso-endocervical por entidad.<br/>           26. Despachar las placas cada quince días o cada mes.<br/>           27. Recibir resultados de citología cervico uterina del paciente.<br/>           28. Lectura de citología.<br/>           20. Informar inmediatamente al usuario si la citología tiene alteraciones y llenar el formato, si tiene alteraciones seguir tratamiento.<br/>           29. Ordenar facturas según entidad.<br/>           30. Entregar facturas al final de cada mes.</p> |   |  |         |   |  |  |  |
| RECURSOS  |          | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |   | REQUISITOS APLICABLES  |         |   |  |  |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de Enfermería</li> <li>Enfermera de PyP</li> <li>Médico general</li> </ul>   |          | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de control detección temprana del cáncer de cuello uterino extramural</li> <li>-Formato Citología sexo-endocervical</li> <li>-Formato registro diario de citologías, formato de envió de citologías</li> <li>-Historia clínica</li> <li>-Factura</li> </ul>  |   | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolo toma de citología</li> <li>-Toma de citologías según resolución 412</li> </ul> |         | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> |  | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |  |
| <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul>  |          |  |   |  |         |   |  |  |  |
| <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul> |          |  |   |  |         |   |  |  |  |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>No. de Actividades Realizadas de Toma De Citologías</p> <hr/> <p>No. de Actividades Programadas de Toma De Citologías</p>   |          |  | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de detección temprana del cáncer de cuello uterino.</p> |  |         |   |  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |          | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |         |   |  |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |         |   |  |  |  |






**5. PROCESOS MISIONALES**

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Extramural</b>   |  |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Programa Ampliado de Inmunización Vacunación)  |  |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Eliminar, erradicar, y controlar las enfermedades inmunoprevenibles, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de cinco años.  |  |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | Este procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina en enviar informe mensual a la Secretaría de Salud.  |  |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Enfermero (a) de PyP  |  |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos vacunación según edad del paciente<br>-Insumos e implementos para vacunación<br>- Programa mejoramiento continuo de vacunación | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>11. Hacer exámen al usuario.</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>13. De lo contrario se le sugiere pedir cita y acercarse a la sede.</li> </ol> | -Vacunación del paciente<br>-Factura de la vacunación<br>-Asignación de próxima dosis<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados:<br>Subsidiados,<br>Contributivos,<br>Vinculados,<br>Vinculados no<br>Identificados,<br>Particulares y<br>Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud,<br>Salud vida, AIC<br>Asociación<br>Indígena del<br>Cauca, Caprecon,<br>Cosmitec, S.O.S,<br>Coomeva<br>SaludCoop,<br>Humana Vivir,<br>Nueva EPS,<br>Confenalco Valle,<br>Coosalud,<br>Colmedica Valle,<br>EPS Condor, Cali<br>Salud, Caprecom,<br>Selva Salud, La<br>Previsora, QBE<br>Central de<br>Seguros, Seguros<br>del Estado,<br>Sanitas, Ejército,<br>Policía y<br>Secretaría de<br>Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |

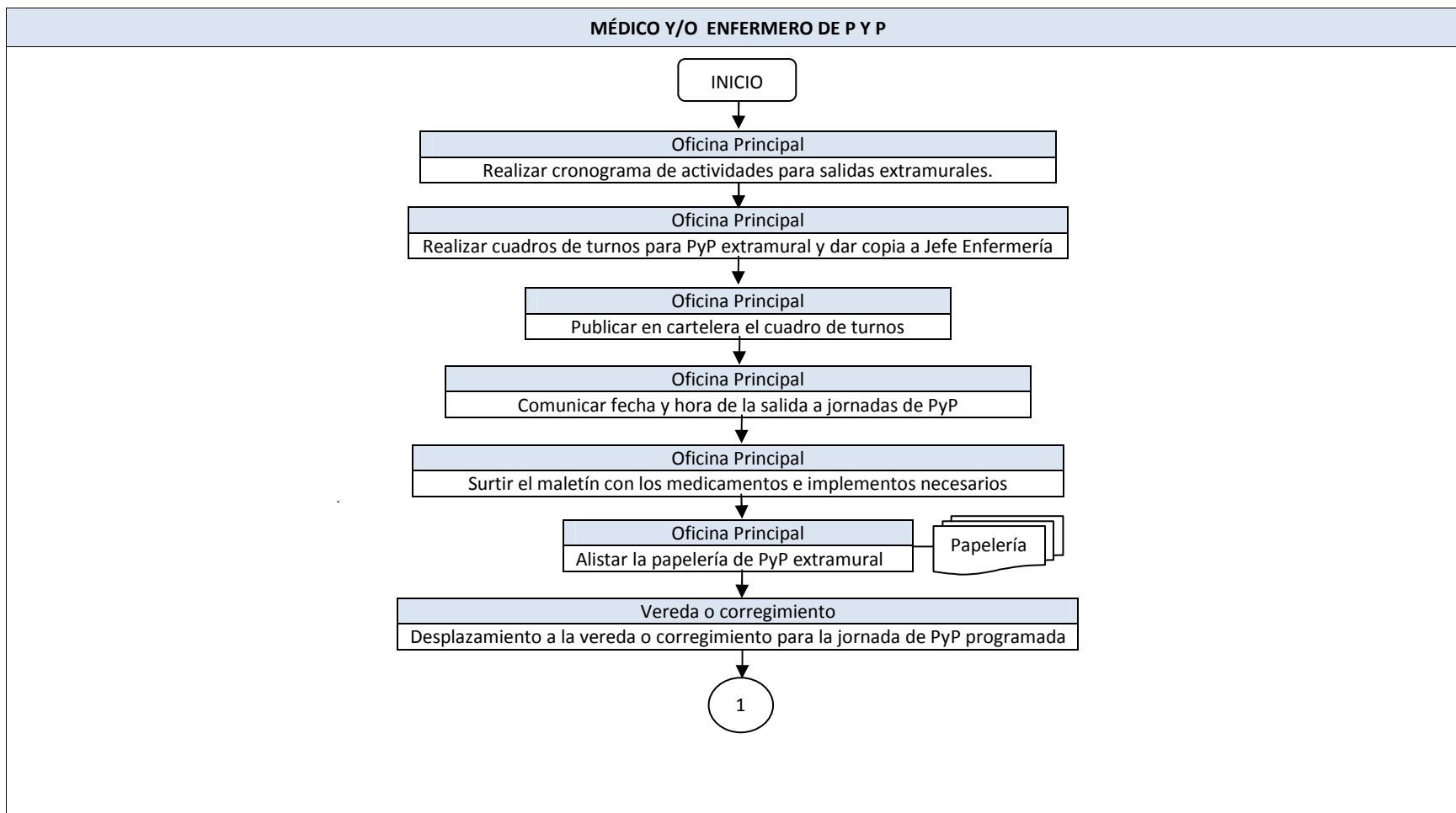


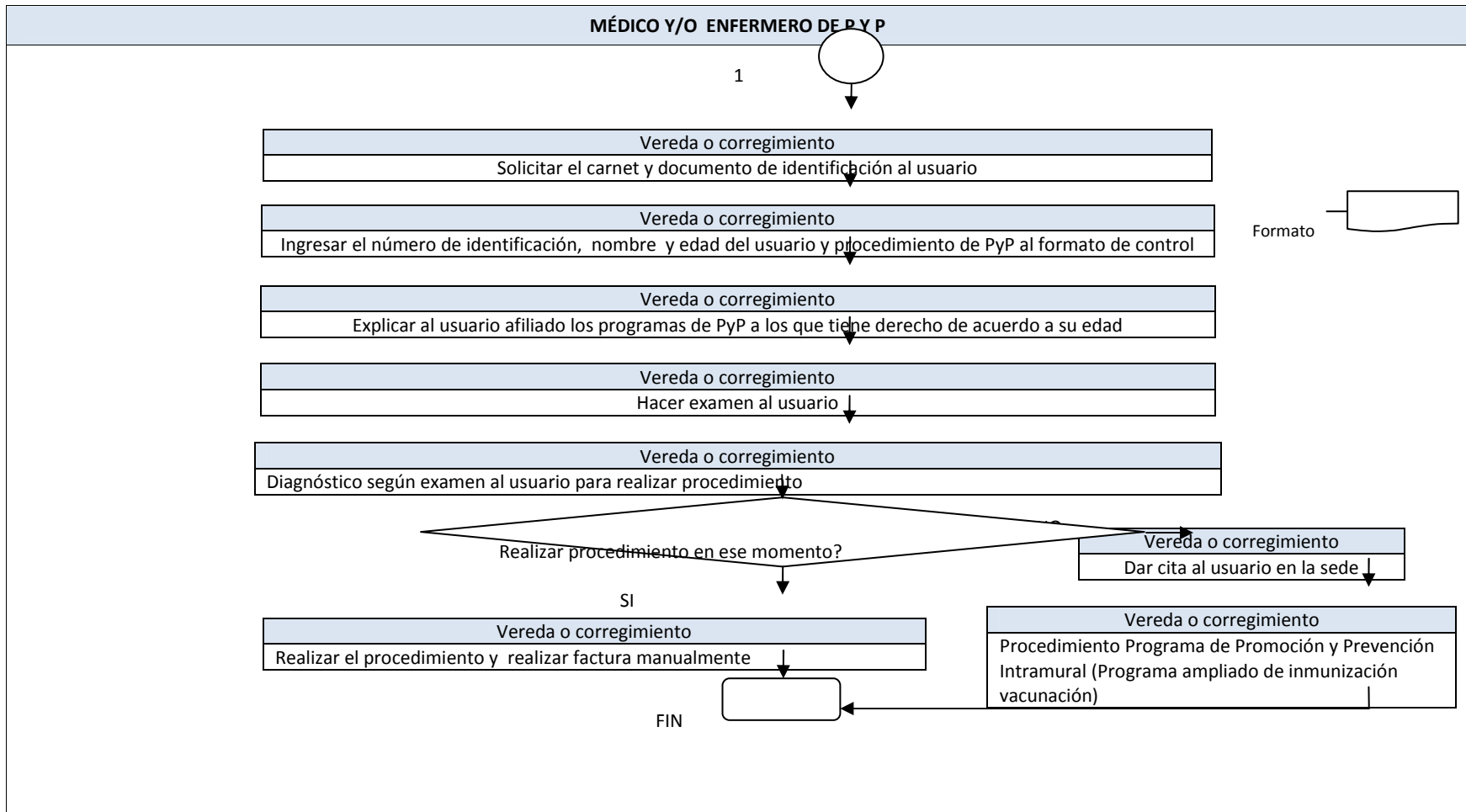
**5. PROCESOS MISIONALES**


| PROVEEDORES  | ENTRADAS | ACTIVIDADES  | SALIDAS                             |
|--|----------|--|-------------------------------------|
|  |          | <p>14. Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.<br/>                     15. Dar cita al usuario.<br/>                     16. Dirigir al usuario al consultorio médico.<br/>                     17. Solicitar el carnet y documento de identificación.<br/>                     18. Ingresar al sistema el número de identificación o nombre del usuario<br/>                     19. Identificar la clase de vacuna a aplicar (Vacuna TD Toxoide Diftérico, Vacuna BCGMenor de 1 año y hasta 5 años, Vacuna DPT a los 2 meses, Vacuna DPT a los 4 meses, Vacuna DPT a los 6 meses, Vacuna DPT a los 18 meses, Vacuna DPT de 1 a los 6 años, Vacuna Antihepatitis B a los 2 meses, Vacuna Antihepatitis B de 1 a 6 años, Vacuna antipolio a los 2 meses, Vacuna Antipolio a los 4 meses, Vacuna Antipolio a los 6 meses, Vacuna antipolio Refuerzo a los 18 meses, Vacuna Antipolio Refuerzo a los 5 años, Vacuna Antihemophilus Influenza a los 2 meses, Vacuna Antihemophilus Influenza E, Vacuna Antihemophilus Influenza E a los 6 mes esa los 4 meses, Vacuna Triple Viral a los niños de 1 año, Vacuna Antisarampión 6 a 34 años, Vacuna TD / TT (Toxoide diftérico/ Tetánico)-a los 1 a 5 años, Vacuna Antiamarillica-1 a 65 años, Vacuna Pentavalente-a los menores de 1 año, Vacuna Doble Viral, Vacuna Anti sarampión -de 6 a 11 meses, Vacuna Doble Viral - de los 10 a 54 años, Vacuna BCG - Menor de 29 días, Vacuna Hepatitis B (HB) - Menor de 29 días, Vacuna Poliomieltis(VOP- SRP) - Menor de 29 días); PROMOCION DE LA SALUD (Vacuna BCG - Menor de 0 a 12 meses, Vacuna BCG - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Hemophilus Influenza Tipo B (HIB) - Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Hemophilus Influenza Tipo B (HIB) - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Tétanos Difteria (TD) - Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Tétanos Difteria (TD) - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Tétanos Difteria (TD) - de 10 a 49 años, Vacuna Difteria , Tétanos, Tosferina (DPT) - Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT) - menor de 1 a 5 años, Vacuna Difteria , Tétanos, Tosferina Hepatitis B Hemophilus Influenza Tipo B Penta - Menor de 2 a 12 meses, Vacuna Difteria , Tétanos, Tosferina Hepatitis B Hemophilus Influenza Tipo B Penta - menor de 1 a 5 años, Vacuna Poliomieltis(VOP O SRP) - Menor de 0 a 12 meses, Vacuna Poliomieltis(VOP O SRP) - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Fiebre Amarilla - de 1 a 65 años, Vacuna Sarampión - Menor de 6 a 11 meses, Vacuna Sarampión - de 6 a 34 años, Vacuna Sarampión, Parotiditis, Rubeola Triple Viral - Menor de 1 a 5 años, Vacuna Doble Viral - de 10 a 54 años, Vacuna Hepatitis B - Menor de 1 mes, Vacuna Hepatitis B - Menor de 1 a 12 meses, Vacuna Hepatitis B - Menor de 1 a 5 años)<br/>                     20. Facturar el biológico<br/>                     21. Aplicar el biológico al menor</p> |                                     |
| <b>ELABORÓ:</b>  |          | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

|   |                 |   |  |  |  |
|---|-----------------|---|--|--|--|
|    |                 | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Código:<br/>PR35M19</b>   |  |
|   |                 | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
| <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |                 |   |  |  |  |
| <b>Página: 185 de 281</b>   |                 |   |  |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>  |  | <b>SALIDAS</b>   |  |
|   |                 | <p><b>22.</b> Educar al paciente acerca de la importancia de la vacuna.</p> <p><b>23.</b> Dar indicaciones para después de aplicada la dosis.</p> <p><b>24.</b> Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</p> <p><b>25.</b> Entregar totalidad de facturas al final de cada mes.</p> <p><b>26.</b> Enviar informe mensual a la Secretaría de Salud.</p> |  |  |  |
| <b>RECURSOS</b>   |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> </ul>   |                 | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de Control Vacunación Extramural</li> <li>-Carnet de Vacunación</li> <li>-Formato Registro Diario de Vacunación</li> </ul>  | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Informe Mensual de Vacunación</li> <li>-Protocolos Vacunación Según Edad del Paciente</li> <li>- Vacunación Según Esquema PAI</li> <li>- Alcaldía</li> </ul> | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia o carro particular</li> </ul>  |                 |   |  |  |  |
| <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Experticia asistencial</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Adaptación al cambio</li> </ul> |                 |   |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>   |                 |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>   |  |  |
| <p style="text-align: center;"><u>No. de Actividades Realizadas de Vacunación</u></p> <p style="text-align: center;"><u>No. de Actividades Programadas de Vacunación</u></p> <p style="text-align: center;"><u>No. de Usuarios Vacunados</u></p> <p style="text-align: center;"><u>No. Total de Biológicos</u></p>  |                 |   | <p>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales del programa ampliado de inmunización vacunación.</p>  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   |                 | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |                 | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |





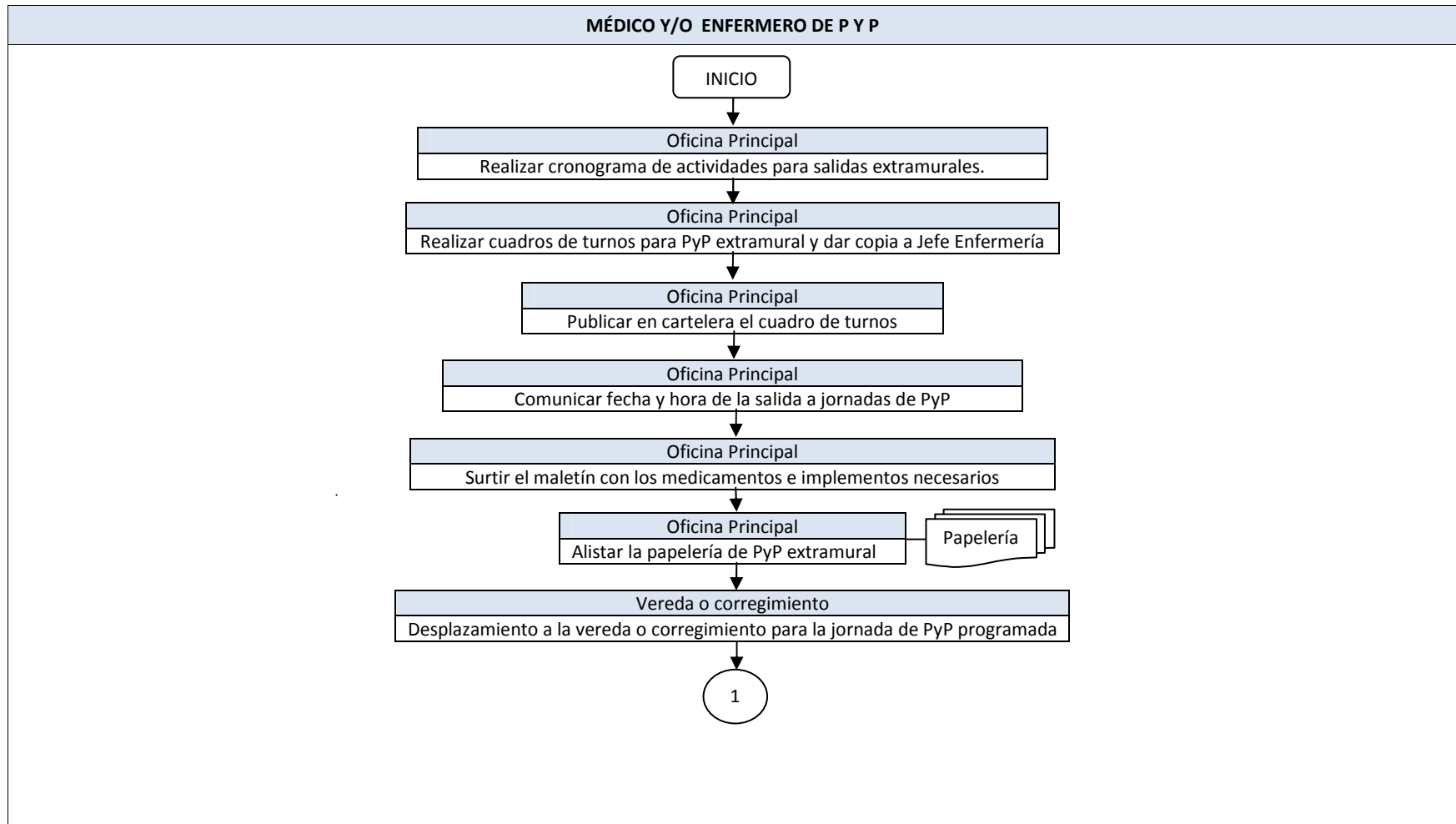


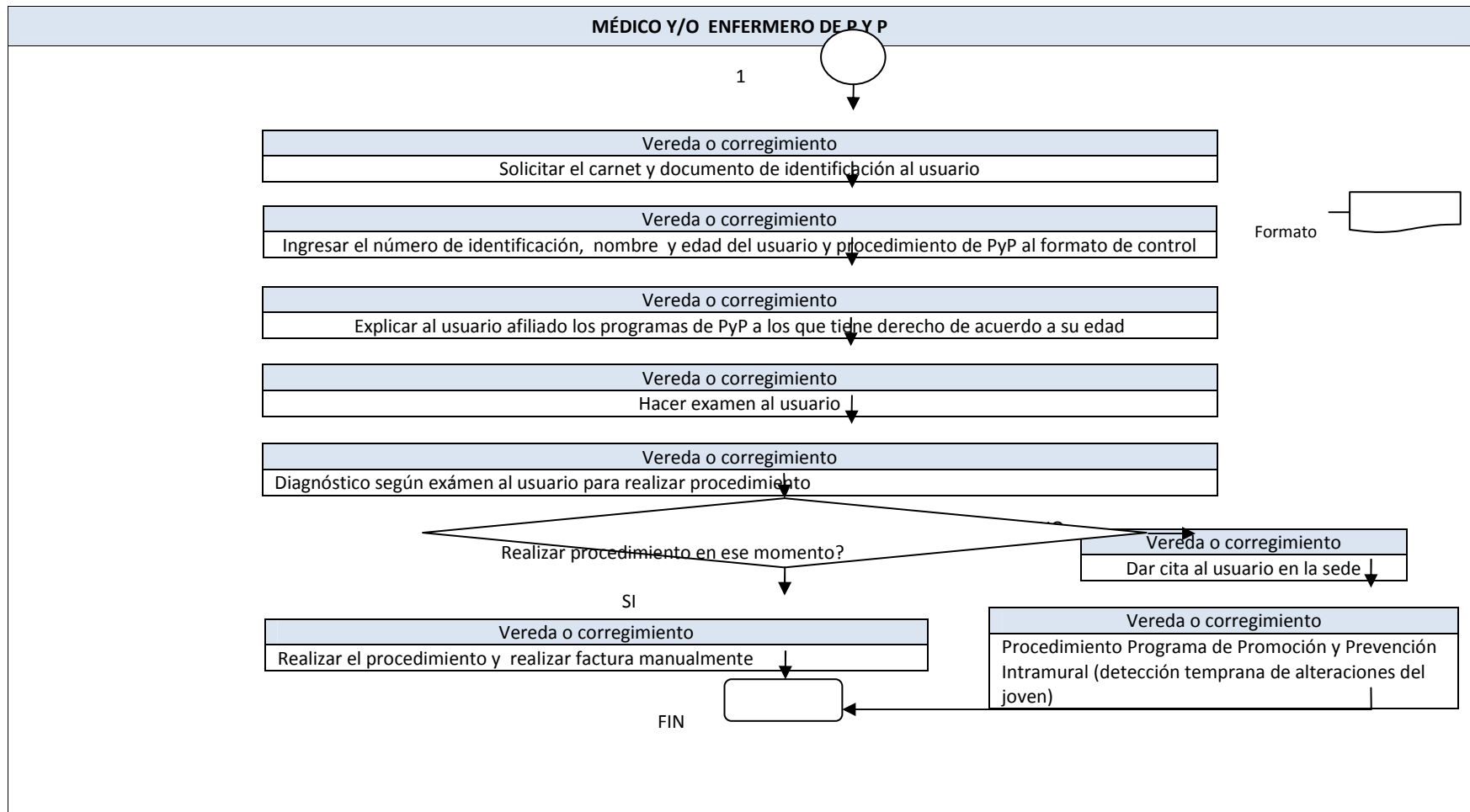
|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
|    | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR36M20</b>  |   |
|   |  |  | <b>Edición: 01</b>  |   |
| <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |  |  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |
|   |  |  |   | <b>Página: 188 de 281</b>   |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Extramural</b>  |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Detección Temprana de Alteraciones del Joven)   |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Detectar tempranamente los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población juvenil que comprende edades entre 10 y 24 años, con el fin de controlar los factores de riesgo.   |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con la entrega de las facturas al final de cada mes.  |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Enfermero (a) de PyP y Médico  |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de actividades programa alteraciones del joven<br>-Insumos e implementos para examen<br>- Programa mejoramiento continuo de vacunación<br>-Programa de prevención de alteraciones en el joven | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidasPyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, etc.) y facturas.</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>11. Hacer exámen al usuario.</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>13. De lo contrario se le sugiere pedir cita y acercarse a la sede.</li> <li>14. Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.</li> <li>15. Dar cita al usuario.</li> <li>16. Dirigir al usuario al consultorio médico.</li> </ol> | -Toma de signos vitales al usuario<br>-Examen hecho al paciente<br>-Resultado examen<br>-Factura<br>-Próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES | ENTRADAS | ACTIVIDADES   | SALIDAS |
|-------------|----------|---|---------|
|             |          | <p>17. Solicitar el carnet y documento de identificación.</p> <p>18. Ingresar el número de identificación o el nombre del usuario al sistema.</p> <p>19. Imprimir factura y entregar al usuario para que la firme.</p> <p>20. Dirigir al usuario a pre consulta.</p> <p>21. Tomar signos vitales.</p> <p>22. Dirigir al usuario a consulta médica general.</p> <p>23. Realizar el examen cefalocaudal y ordenar examen de laboratorio (Hemoglobina 10 a 13 años, Serología Según Riesgo, Colesterol Joven HDL).</p> <p>24. Tomar el examen entregar el resultado al médico.</p> <p>25. Dirigir al usuario a consulta con el médico para leer el resultado.</p> <p>26. Ordenar tratamientos si los hay.</p> <p>27. Programación de próxima cita de control (consulta control por médico edad de 10 a 13 años, consulta control por médico edad de 14 a 16 años, consulta control por médico edad de 17 a 21 años, consulta control por médico edad de 22 a 24 años).</p> <p>28. Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</p> <p>29. Entregar la totalidad de facturas al final de cada mes.</p> |         |

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  | REQUISITOS APLICABLES  |
|--|---|--|
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Enfermero (a) de PyP</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul> <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul> <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Atención integral.</li> <li>Toma de decisiones.</li> <li>Ambientes saludables y limpios</li> </ul> | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de control detección temprana de alteraciones del joven extramural</li> <li>-Formato Programa de prevención de alteraciones en el joven</li> <li>-Formato servicios de promoción y prevención</li> <li>-Factura</li> <li>-Historia Clínica</li> </ul> | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de actividades programa alteraciones del joven</li> <li>-Plan de intervención</li> </ul> <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Resolución 412 y 3384 del Ministerio de Salud</li> </ul> <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud "</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>No. de Actividades Realizadas de Alteraciones del Joven</p> <p>No. de Actividades Programadas de Alteraciones del Joven</p>  | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de detección temprana de alteraciones del joven, tendientes a captar el mayor número de pacientes con problemas.</p>  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |







**5. PROCESOS MISIONALES**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Extramural</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor)  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Valoración y tratamientos a tiempo de las patologías encontradas en los adultos mayores, detectando oportunamente la presencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de 45 años. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | El procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con la entrega de facturas al final de cada mes.  |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Médico y Enfermero (a) de PyP  |

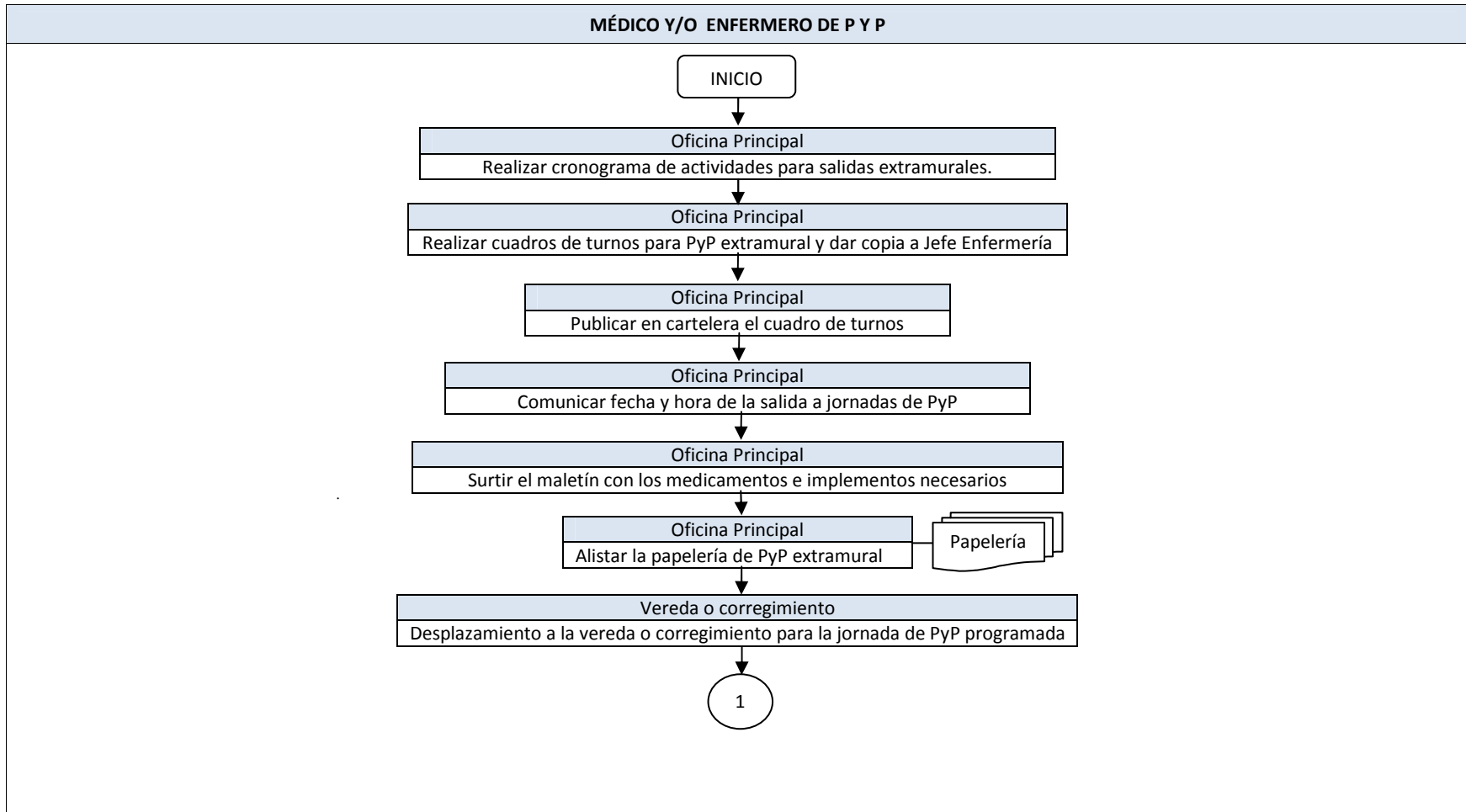
| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES  | SALIDAS   | CLIENTES   |
|---|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estado</li> <li>-Comunidad</li> <li>-Planeación estratégica</li> <li>-Gestión asistencial</li> <li>-Control de calidad</li> <li>-Proceso de mejoramiento continuo</li> <li>-Metas de la sede</li> <li>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cronograma de actividades</li> <li>-Plan traslado de personal y equipo médico</li> <li>-Documentos de identificación</li> <li>-Software</li> <li>-Plan de programas de PyP</li> <li>-Protocolos de actividades adulto mayor</li> <li>-Insumos e implementos para examen</li> <li>- Programa mejoramiento continuo de adulto mayor</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>11. Hacer exámen al usuario.</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>13. De lo contrario se le sugiere pedir</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades para el adulto mayor hechas al paciente</li> <li>-Examen realizado</li> <li>-Resultado del examen</li> <li>-Procedimiento a seguir</li> <li>-Factura de las actividades realizadas al usuario</li> <li>-Asignación de próxima cita o control</li> <li>-Archivo de la factura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |

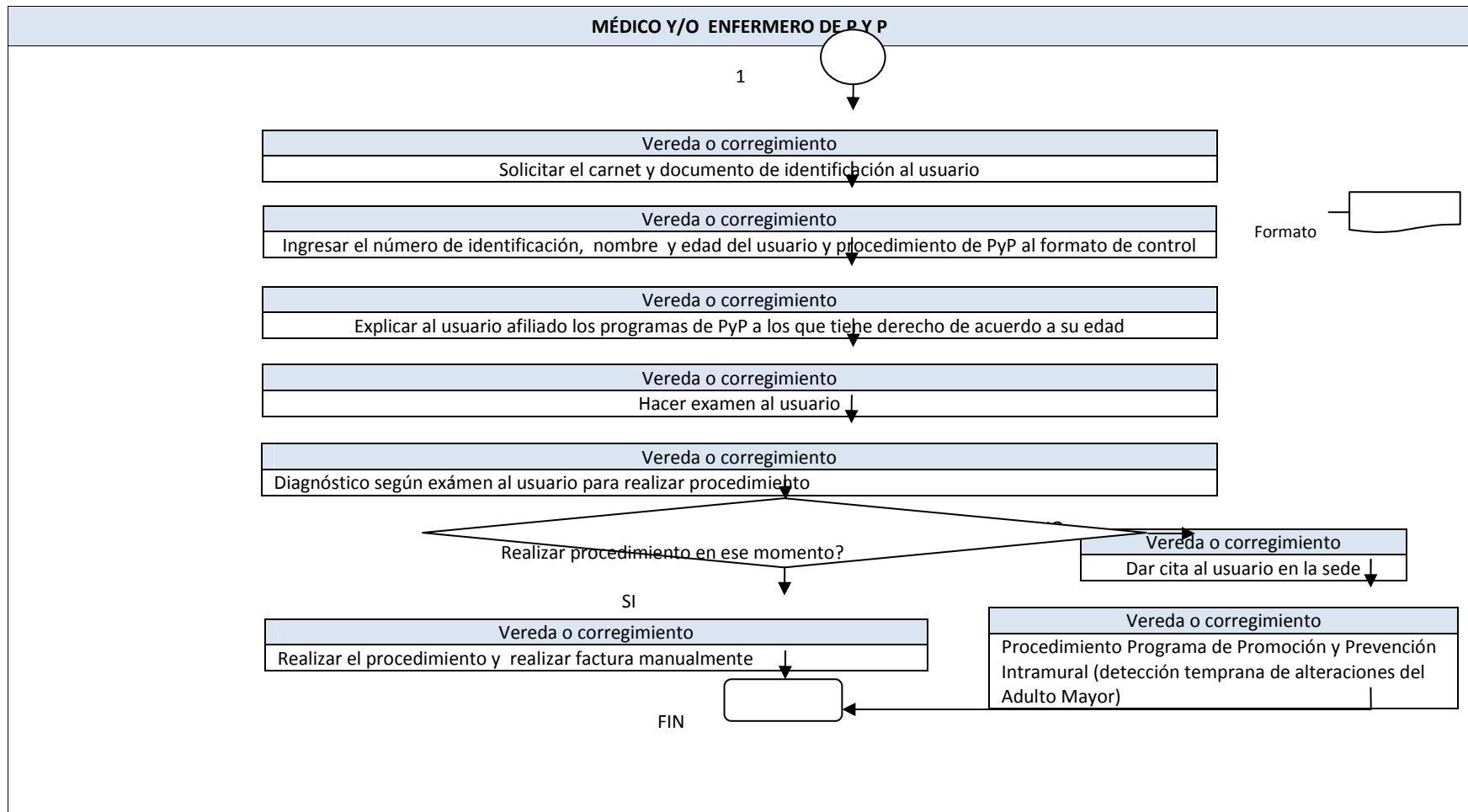
|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   |  |   | SALIDAS |  |  |
|--|--|---|--|---|---------|--|--|
|  | -Programa de prevención de alteraciones en el adulto mayor | cita y acercarse a la sede.<br><b>14.</b> Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.<br><b>15.</b> Dar cita al usuario.<br><b>16.</b> Dirigir al usuario al consultorio médico.<br><b>17.</b> Solicitud de carnet y documento de identificación.<br><b>18.</b> Verificar los derechos del usuario.<br><b>19.</b> Verificar la edad del usuario.<br><b>20.</b> Ordenar cita si el usuario se encuentra en las edades de 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años.<br><b>21.</b> Dirigir al usuario al consultorio médico.<br><b>22.</b> Consulta médica de primera vez.<br><b>23.</b> Examen médico.<br><b>24.</b> Remisión al laboratorio clínico para toma de exámenes (Para clínicos - Perfil Lipídico-Colesterol Total, Para clínicos - Perfil Lipídico - Colesterol HDL, Para clínicos - Perfil Lipídico - Colesterol LDL, Para clínicos - Perfil Lipídico – Triglicéridos, Para clínicos - Glucosa en Suero, Para clínicos - Creatinina en Suero, Orina y Otros y Para clínicos – Uroanálisis).<br><b>25.</b> Resultados de exámenes de laboratorio.<br><b>26.</b> Procedimiento a seguir según resultado.<br><b>27.</b> Educar al paciente de lo que debe hacer.<br><b>28.</b> Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.<br><b>29.</b> Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes. |  |   |         |  |  |
| RECURSOS   |  | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |  | REQUISITOS APLICABLES   |         |  |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Enfermero (a) de PyP</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul> |  | <b>INTERNOS:</b><br>-Formato de control de detección temprana de alteraciones del adulto mayor extramural<br><b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolos de actividades adulto mayor  |  | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "<br>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud " |         | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 100 de 1993<br>-Ley 10 de 1990<br>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud "<br>-Promoción de la Salud Acuerdo 229 |  |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul>                                |  | <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul>   |  |   |         |  |  |
| <b>INDICADORES:</b><br>No. de Actividades Realizadas al Adulto Mayor<br><br>No. de Actividades Programadas del Adulto Mayor            |  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de detección temprana de alteraciones del adulto mayor. |   |         |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |         |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |         |  |  |







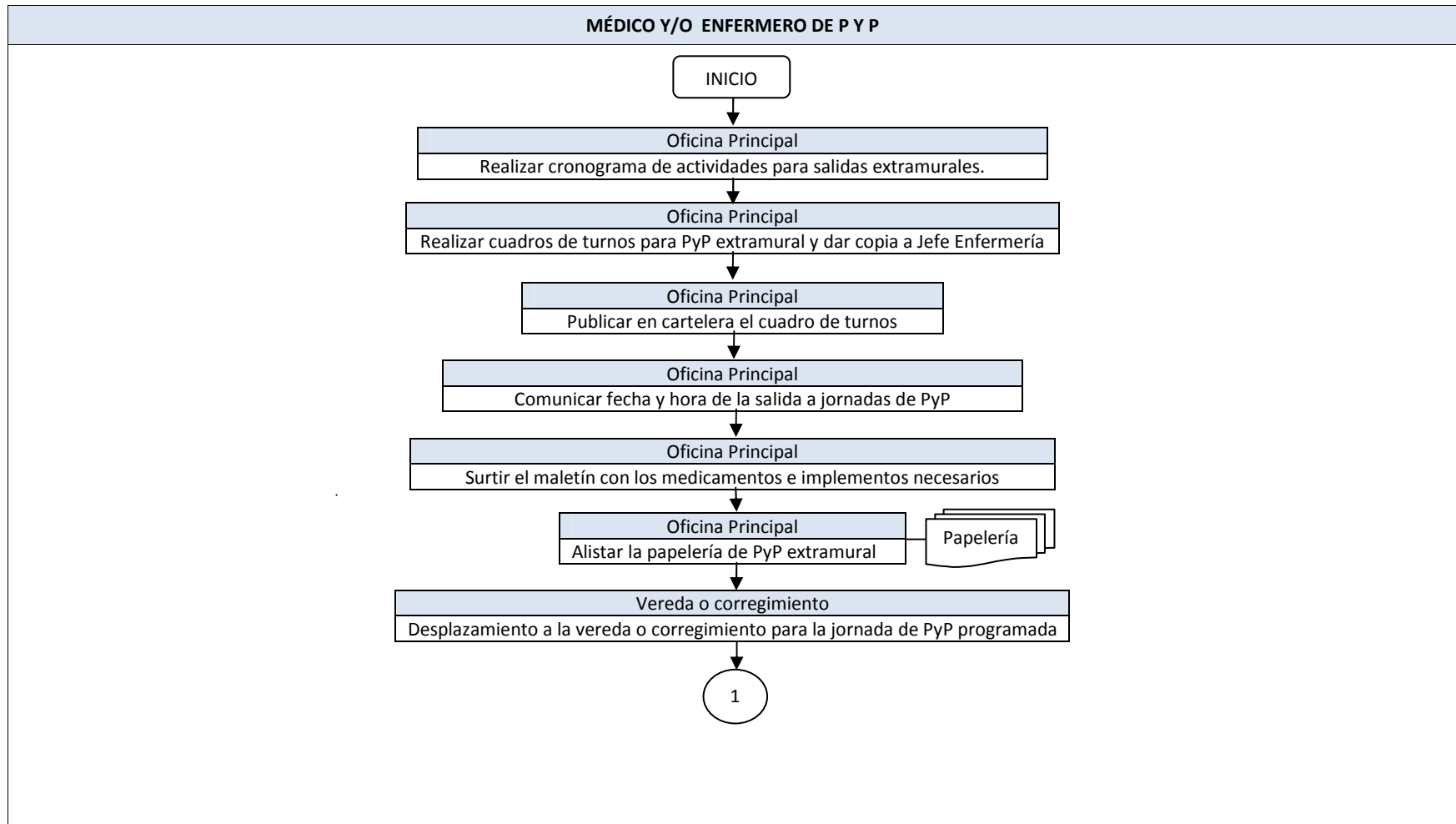


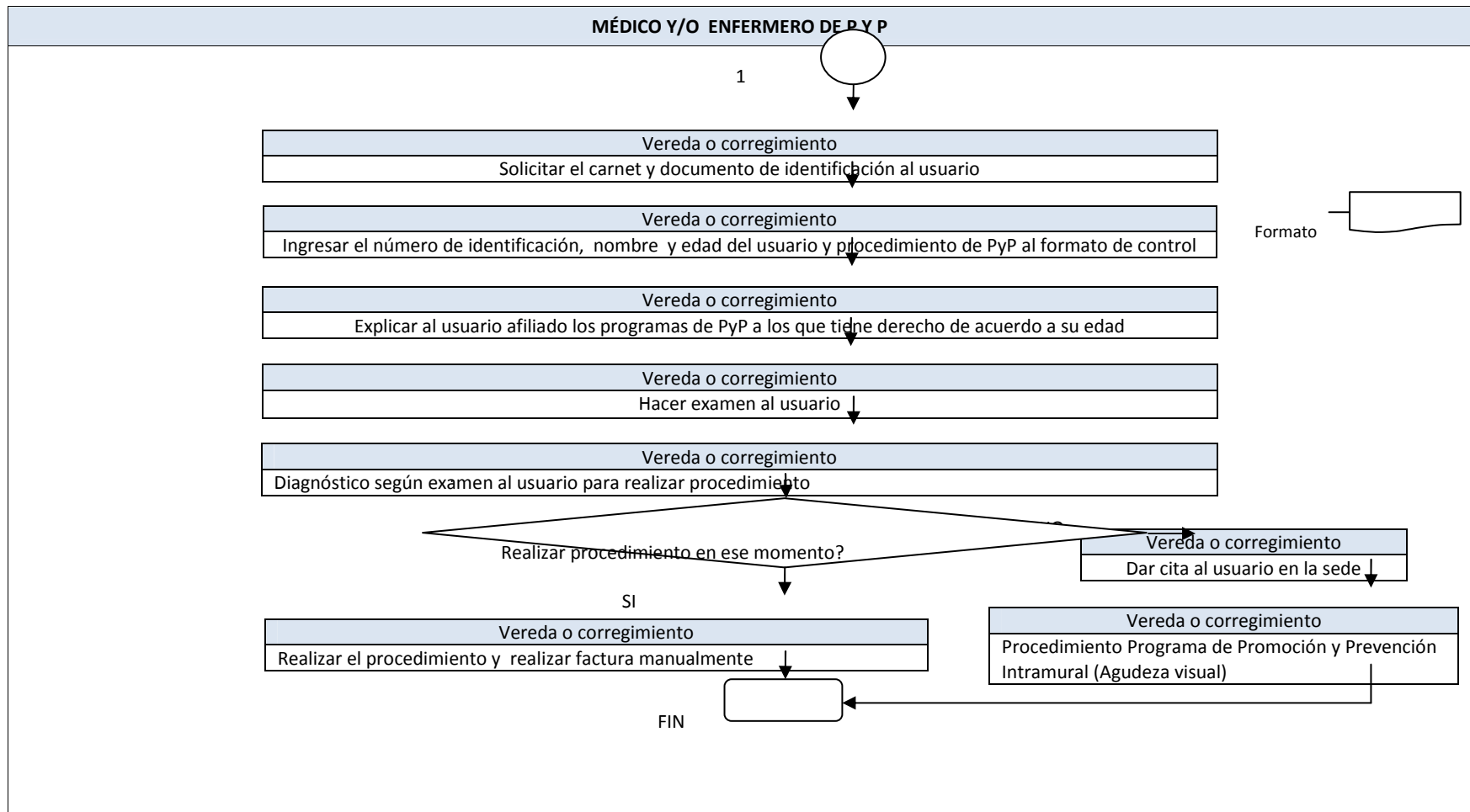
**5. PROCESOS MISIONALES**


|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Extramural</b>   |  |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Agudeza Visual).   |  |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Detectar tempranamente las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal y ceguera), en la población.  |  |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y finaliza con la entrega de facturas al final de cada mes.  |  |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Enfermero (a) de PyP   |  |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de actividades agudeza visual<br>-Insumos e implementos para examen<br>- Programa mejoramiento continuo agudeza visual | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramural.</li> <li>2. Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>3. Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>4. Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>5. Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>6. Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas</li> <li>7. Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>8. Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>9. Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>10. Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>11. Hacer exámen al usuario (Medición de la Agudeza Visual).</li> <li>12. Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> </ol> | -Actividades de agudeza visual hechas al paciente<br>-Examen realizado<br>-Resultado del examen<br>-Procedimiento a seguir<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS                                  | ACTIVIDADES  |   |   | SALIDAS |   |  |  |  |
|--|---|--|---|---|---------|---|--|--|--|
|  | -Programa de prevención de agudeza visual | <p>13. De lo contrario se le sugiere pedir cita y acercarse a la sede.<br/>           14. Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.<br/>           15. Dar cita al usuario.<br/>           16. Dirigir al usuario al consultorio médico.<br/>           17. Solicitar carnet y documento de identificación.<br/>           18. Verificar los derechos del usuario.<br/>           19. Verificar las edades del usuario.<br/>           20. Ordenar cita al usuario si se encuentra en estas edades: niños de 4 años, Adolescentes de 11 y 16 años y Adultos de 45 años.<br/>           21. El usuario ingresa a consultorio.<br/>           22. Consulta médica (Medición de la Agudeza Visual)<br/>           23. Examen éedico.<br/>           24. Resultado médico y si es necesario se manda a consulta de primera vez con oftalmólogo.<br/>           25. Procedimiento a seguir según resultado.<br/>           26. Educar al paciente de lo que debe hacer.<br/>           27. Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.<br/>           28. Entregar la totalidad de las facturas al final de cada mes.</p> |   |   |         |   |  |  |  |
| RECURSOS   |   | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |   | REQUISITOS APLICABLES   |         |   |  |  |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Enfermero (a) de PyP</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul> <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul> <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul> |   | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de control detección temprana de alteraciones de la agudeza visual extramural</li> <li>-Formato servicio de promoción y prevención programa detección temprana de alteraciones de la agudeza visual</li> <li>-Formato detección temprana de alteraciones de la agudeza visual</li> <li>-Historia Clínica</li> <li>-Factura</li> </ul>  |   | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de actividades agudeza visual</li> </ul> |         | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Resolución 412 y 3384 del Ministerio de Salud</li> </ul> |  | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |  |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>No. de Actividades Realizadas de Agudeza Visual</p> <hr/> <p>No. de Actividades Programadas Agudeza Visual</p>   |   |  | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de agudeza visual, que cumplan con estándares de calidad y capten el mayor número de pacientes a tiempo con problemas visuales.</p> |   |         |   |  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |         |   |  |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |         |   |  |  |  |



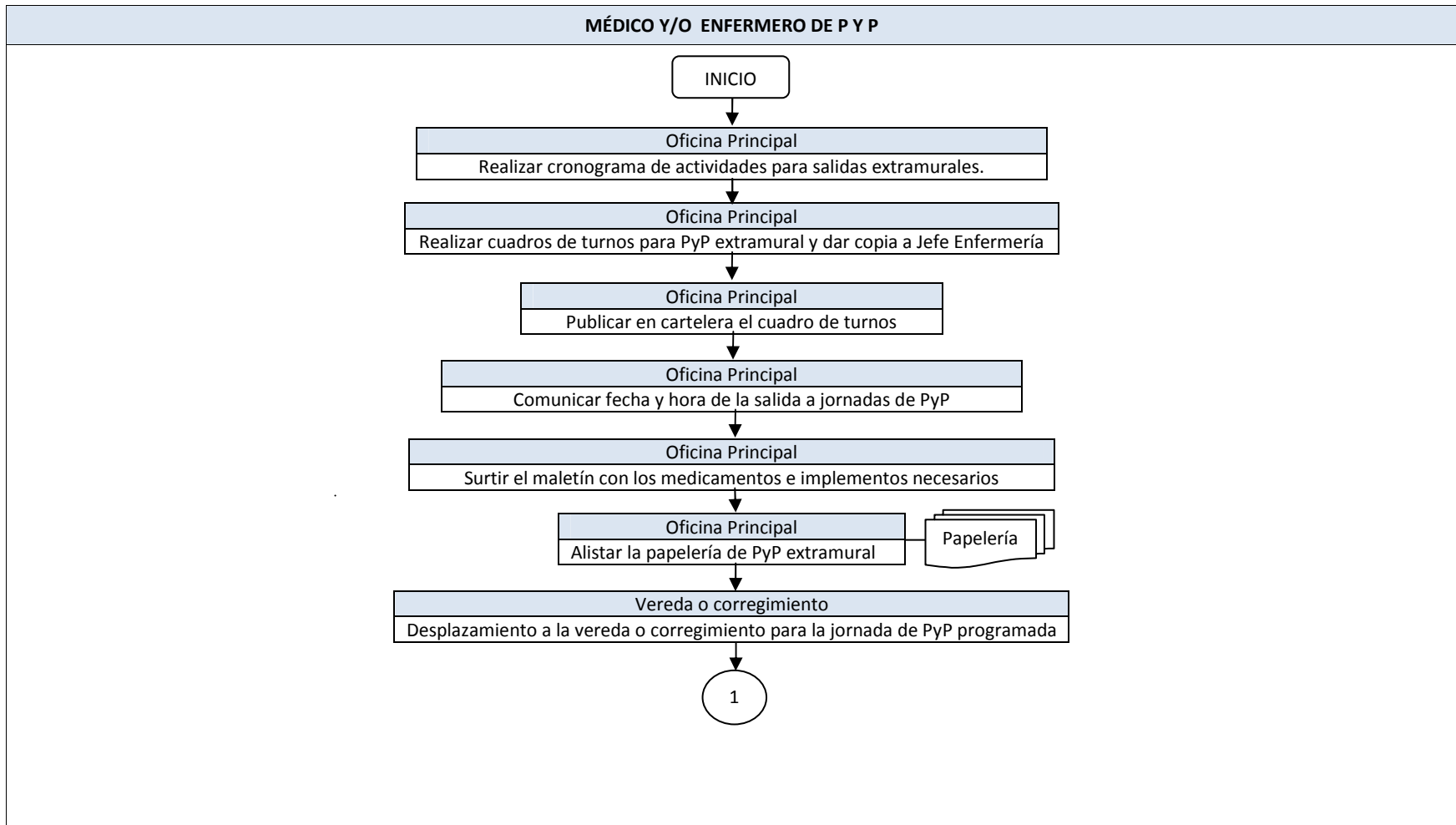


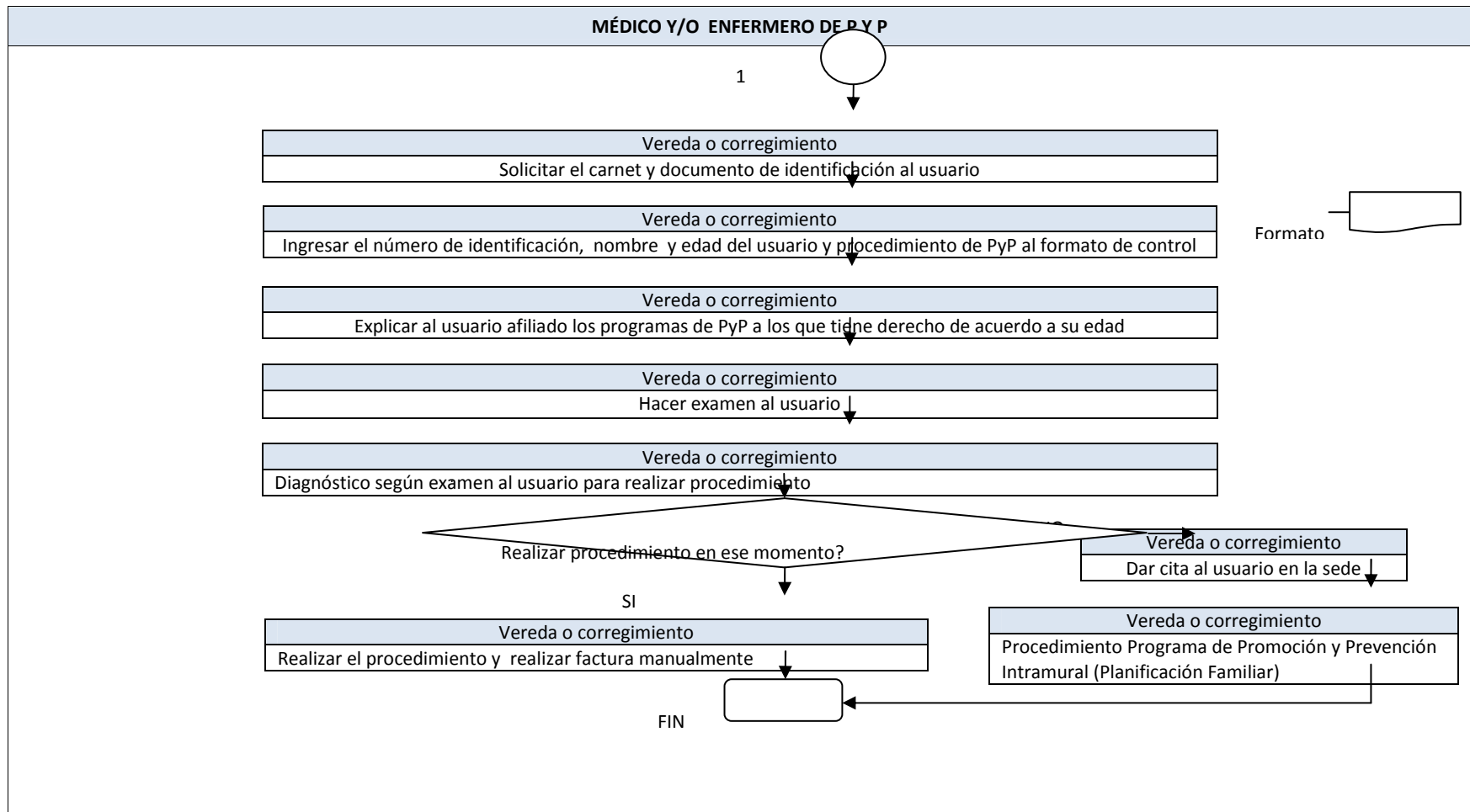
|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
|    | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Código:<br/>PR39M23</b>  |   |
|   |   |  | <b>Edición: 01</b>  |   |
| <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |   |  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |
|   |   |  |   | <b>Página: 200 de 281</b>   |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Extramural</b>   |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Programa de Promoción y Prevención Extramural (Planificación Familiar)  |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades, con el fin de disminuir el número de gestaciones no deseadas y enfermedades de transmisión sexual. |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la programación del cronograma de actividades de PyP y termina con la entrega de facturas al final de cada mes.   |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Médico y Enfermero (a) de PyP   |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>-Gestión asistencial<br>-Control de calidad<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Metas de la sede<br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Cronograma de actividades<br>-Plan traslado de personal y equipo médico<br>-Documentos de identificación<br>-Software<br>-Plan de programas de PyP<br>-Protocolos de métodos de planificación familiar<br>-Insumos e implementos para aplicar el método<br>- Programa mejoramiento continuo planificación familiar                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar cronograma de actividades para salidas de PyP extramurales.</li> <li>Realizar cuadros de turnos para PyP extramural y dar copia a Jefe Enfermera.</li> <li>Publicar en cartelera el cuadro de turnos.</li> <li>Verificar y comunicar fecha y hora de la salida a jornadas de PyP según cronograma.</li> <li>Surtir el maletín con los medicamentos e implementos necesarios para la atención (básculas, fonendoscopio, tensiómetro, grapadora, biológicos, bolsas de depósitos, etc.).</li> <li>Alistar la papelería de PyP extramural (hojas de citologías, detección temprana del joven, del adulto mayor, etc.) y facturas.</li> <li>Desplazamiento a la vereda o corregimiento para la jornada de PyP programada.</li> <li>Solicitar el carnet y documento de identificación al usuario.</li> <li>Ingresar el número de identificación, nombre y edad del usuario y procedimiento de PyP a realizar, según edad al formato de control.</li> <li>Explicar al usuario afiliado al régimen contributivo y subsidiado, los programas de PyP a los que tiene derecho de acuerdo a su edad.</li> <li>Hacer exámen al usuario.</li> <li>Si se le puede hacer el procedimiento en ese momento, según las condiciones en las que se encuentre, se le realiza y se factura manualmente.</li> <li>De lo contrario se le sugiere pedir cita</li> </ol> | -Método de planificación familiar hecho al paciente<br>-Factura de las actividades realizadas al usuario<br>-Asignación de próxima cita o control<br>-Archivo de la factura | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |

**5. PROCESOS MISIONALES**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS  | ACTIVIDADES   |  |  | SALIDAS  |
|--|---|---|--|--|--|
|  | -Programa de prevención de gestaciones no deseadas y enfermedad de transmisión sexual | <p>y acercarse a la sede.</p> <p>14. Si el usuario pide la cita para PyP continuar siguiente paso.</p> <p>15. Dar cita al usuario.</p> <p>16. Dirigir al usuario al consultorio médico.</p> <p>17. Solicitar carnet y documento de identificación.</p> <p>18. Verificar los derechos del usuario.</p> <p>15. Consulta de 1 vez por enfermería.</p> <p>16. Usuario llamado a consulta médica para consulta por primera vez</p> <p>19. Explicación a la pareja, mujer u hombre los distintos métodos que existen, sus ventajas, desventajas, sus riesgos y valor.</p> <p>20. Dar Sugerencias a la pareja, hombre o mujer del método.</p> <p>21. Elección del método de planificación.</p> <p>22. Programación de próxima cita.</p> <p>23. Procedimiento aplicación del método de planificación (Suministro Anticonceptivos, Aplicación de Inyecciones, Aplicación Dispositivo Intrauterino, Esterilización Mujeres – Ligadura)</p> <p>24. Educar al paciente.</p> <p>25. Cronograma de control para consulta de control por enfermería y consulta de control por médico.</p> <p>26. Generar e imprimir factura.</p> <p>27. Ordenar facturas de acuerdo a la entidad.</p> <p>28. Entregar la totalidad de facturas al final de cada mes.</p> |  |  |  |
| RECURSOS   |   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  | REQUISITOS APLICABLES  |  |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Enfermero (a) de PyP</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul>  |   | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de control planificación familiar extramural</li> <li>-Formato atención en planificación familiar</li> <li>-Formato consulta de primera vez</li> <li>-Formato consulta de control y seguimiento</li> <li>-Historia Clínica</li> <li>-Factura</li> </ul>   | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de métodos de planificación familiar</li> <li>-Aplicación de DIU (Inserción de dispositivo intrauterino)</li> </ul> | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7</li> <li>“ Calidad de la Atención en Salud ”</li> <li>-Decreto 1011 de 2006 Calidad de la Atención en Salud</li> </ul> | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001“ Ley de competencias y recursos para salud”</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |
| <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia o carro particular</li> </ul>   |   |   |  |  |  |
| <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul> |   |   |  |  |  |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>No. de Actividades Realizadas de Planificación Familiar</p> <hr/> <p>No. de Actividades Programadas de Planeación Familiar</p>   |   |   | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales de planificación familiar.</p>   |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |







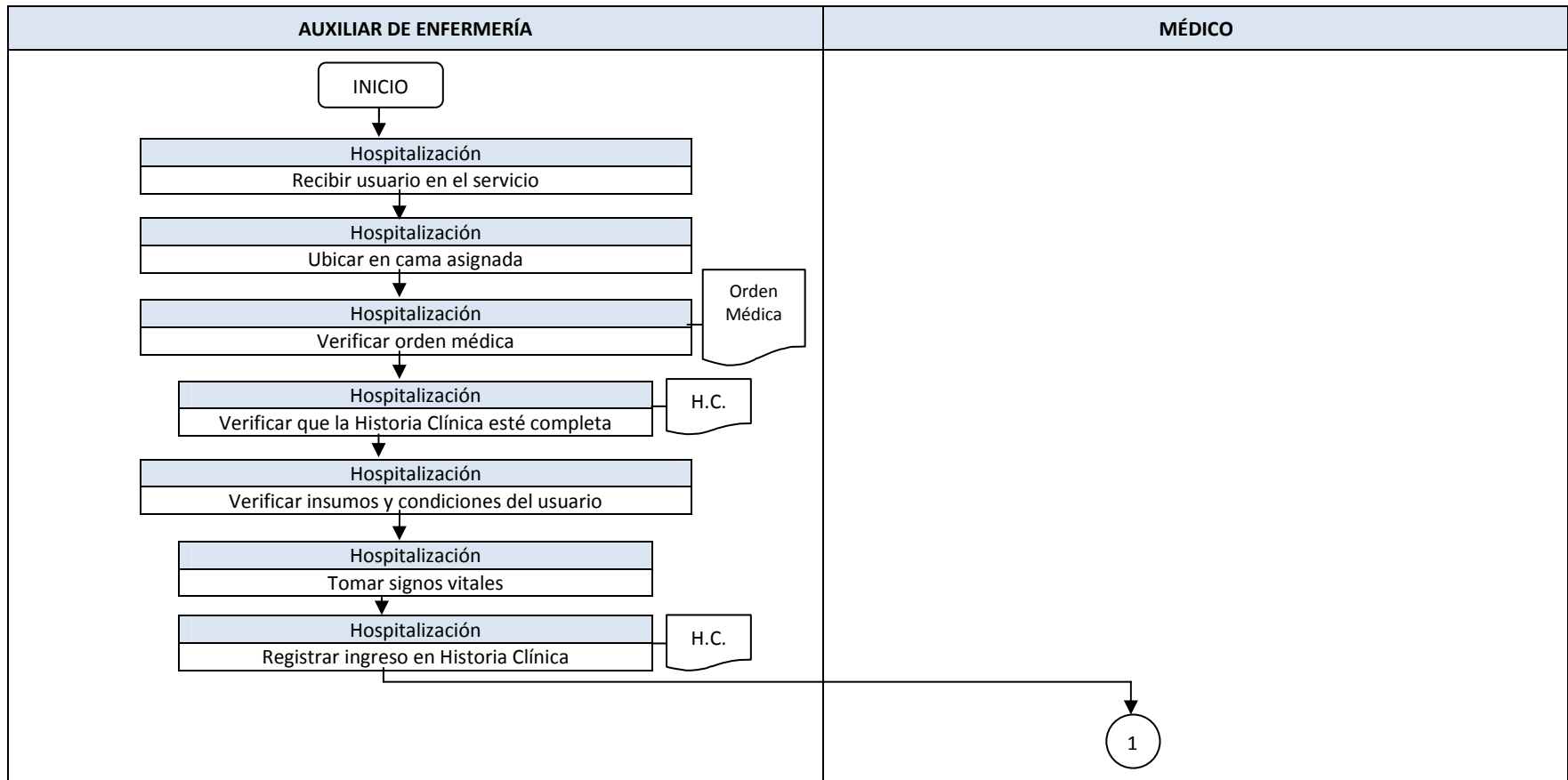


**5. PROCESOS MISIONALES**

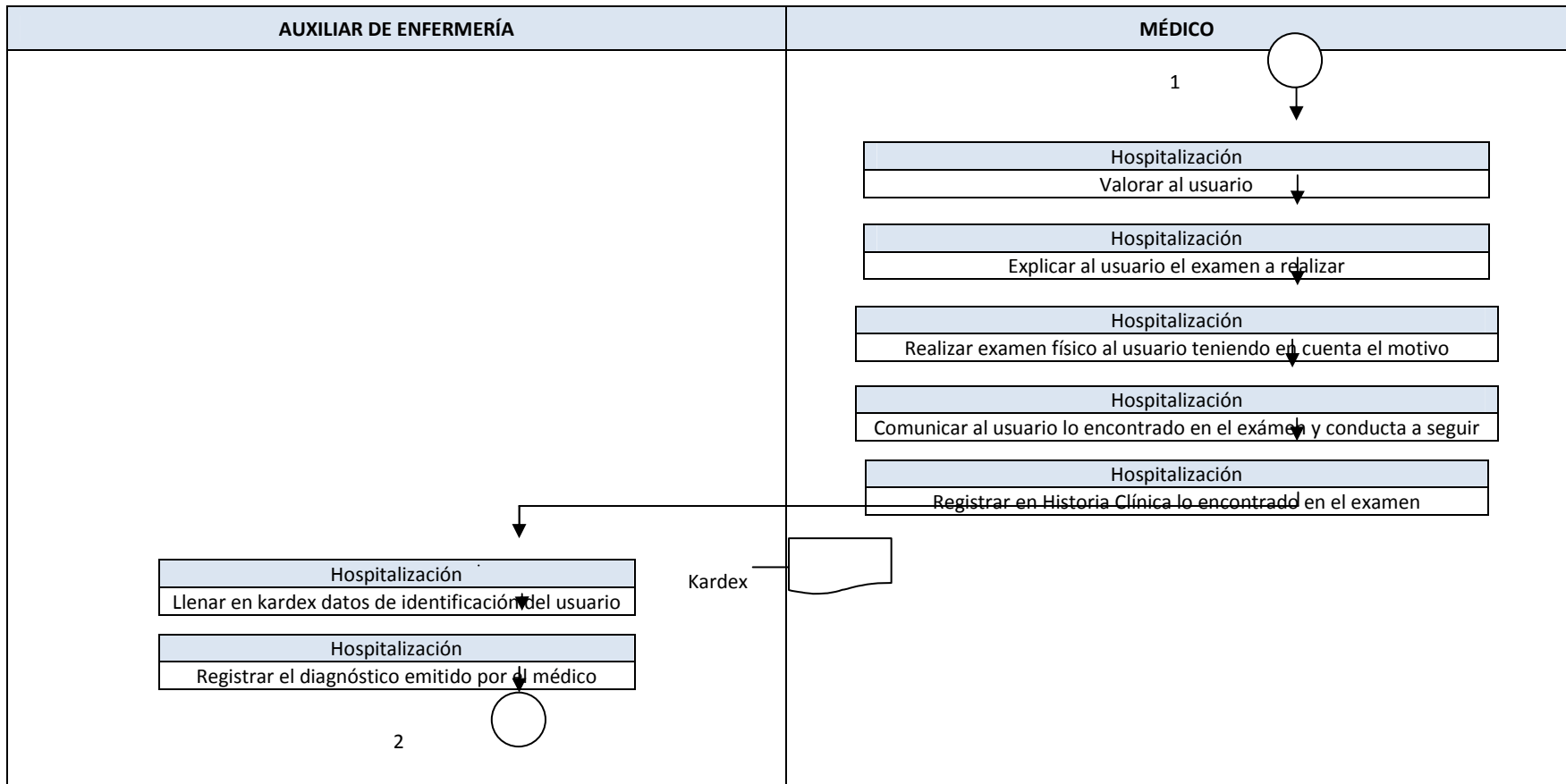
|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Hospitalización</b>  |   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Hospitalización.  |   |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Brindar un servicio de atención hospitalario de forma oportuna al usuario.  |   |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con el recibimiento del usuario al servicio y finaliza con la entrega de facturas al final de cada mes.   |   |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Médico  |   |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br><br>-Comunidad<br><br>-Planeación estratégica<br><br>-Gestión asistencial<br><br>-Control de calidad<br><br>-Proceso de mejoramiento continuo<br><br>-Entidades que vigilan y regulan la salud pública<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Documentos de identificación<br><br>-Orden médica<br><br>-Historia Clínica<br><br>-Equipo para toma de signos vitales: tensiómetro, fonendoscopio termómetro y reloj<br><br>-Materiales para examen físico del usuario<br><br>-Software<br><br>-Camas para hospitalización<br><br>-Protocolos médicos<br><br>-Kardex<br><br>-Contratos de entidades aseguradoras | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir al usuario en el servicio.</li> <li>2. Ubicar en cama asignada.</li> <li>3. Verificar orden médica.</li> <li>4. Verificar que Historia Clínica este completa.</li> <li>5. Verificar insumos y condiciones del usuario.</li> <li>6. Tomar signos vitales.</li> <li>7. Registrar ingreso en la Historia Clínica, ingresando fecha y hora de ingreso del usuario, número de cama del usuario, insumos con los que ingresa el usuario, resultados de la toma de signos vitales.</li> <li>8. Valorar al usuario.</li> <li>9. Explicar al usuario el examen que se va a realizar.</li> <li>10. Realizar examen físico al usuario teniendo en cuenta el motivo de hospitalización.</li> <li>11. Comunicar al usuario lo encontrado en el examen y la conducta a seguir.</li> <li>12. Registrar en la Historia Clínica lo encontrado en el examen físico del usuario, órdenes médicas y conducta a seguir.</li> <li>13. Llenar en kardex datos de identificación del usuario.</li> <li>14. Registrar el diagnóstico emitido por el médico</li> <li>15. Establecer el plan de diagnóstico.</li> <li>16. Revisar condiciones diarias del paciente y reformulas según evolución</li> <li>17. Dar información al paciente y su familia sobre la enfermedad, su evolución y pronóstico.</li> <li>18. Elaborar resumen de salida del paciente.</li> </ol> | -Ingreso al usuario en el área de hospitalización<br><br>-Usuario ubicado en cama asignada<br><br>-Información del estado de ingreso del usuario<br><br>-Registro de ingreso en la Historia Clínica<br><br>-Valoración del usuario<br><br>-Conducta a seguir<br><br>-Historia Clínica con registro de evaluación del usuario y ordenes médicas<br><br>-Kardex diligenciado | -Comunidad<br><br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no identificados, Particulares y Atención especial<br><br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejercito, Policía y Secretaria de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>  |  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |   |

**5. PROCESOS MISIONALES**

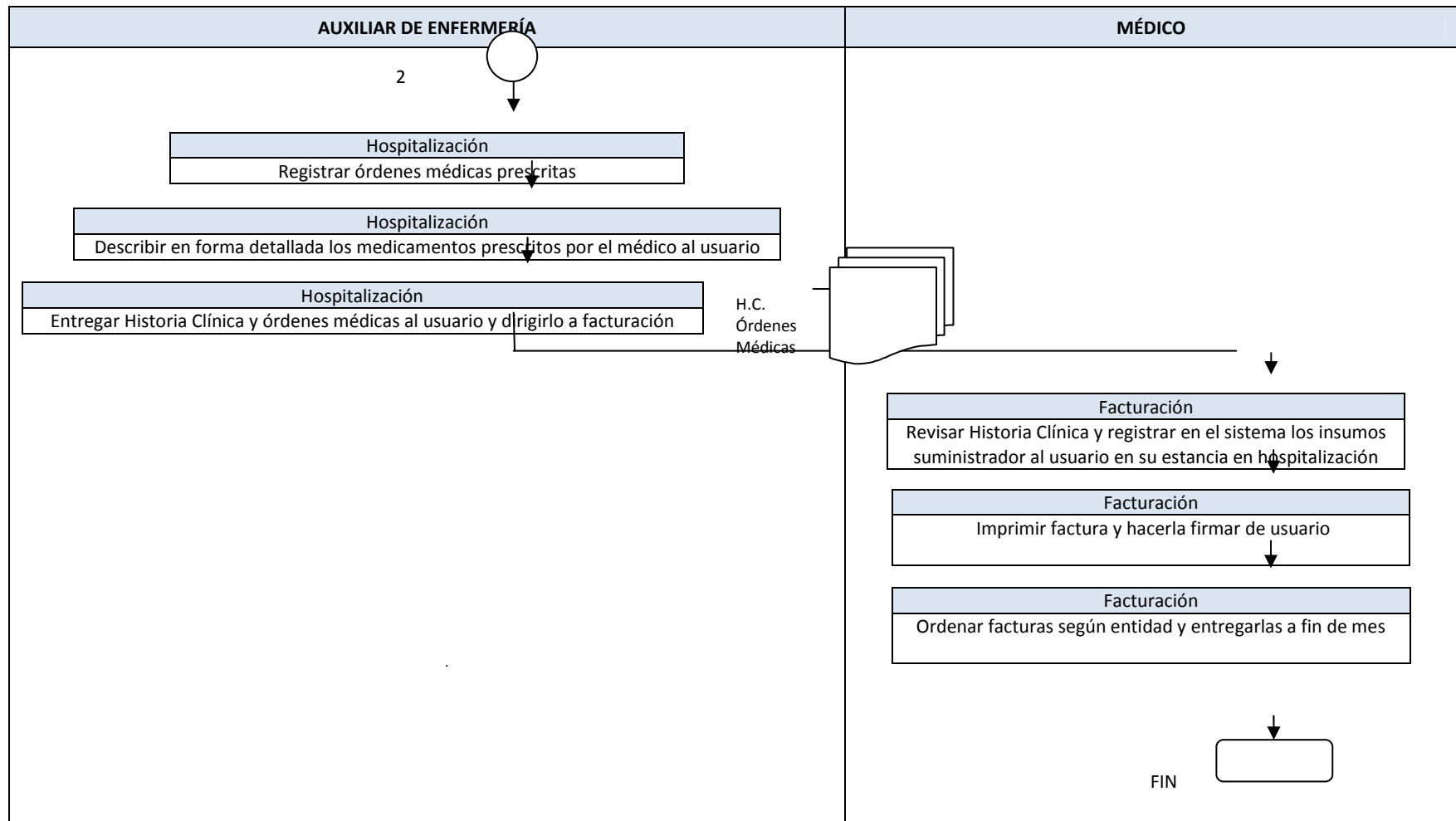
| PROVEEDORES   | ENTRADAS                | ACTIVIDADES   |  |   | SALIDAS                           |  |  |  |  |
|---|-------------------------|---|--|---|-----------------------------------|--|--|--|--|
|   | -Computador e impresora | <p><b>19.</b> Hacer recomendaciones finales a cerca de las condiciones del paciente al salir, la preinscripción y los controles a seguir.</p> <p><b>20.</b> Registrar las órdenes médicas prescritas.</p> <p><b>21.</b> Describir de forma detallada los medicamentos prescritos al usuario</p> <p><b>22.</b> Indicar al acompañante del usuario que se dirija a facturación con la Historia Clínica y órdenes médicas.</p> <p><b>23.</b> Revisar la Historia Clínica y registra en el sistema los insumos suministrados al usuario en su estancia y procedimientos realizados.</p> <p><b>24.</b> Digitar en software los servicios efectivamente prestado.</p> <p><b>25.</b> Imprimir la factura.</p> <p><b>26.</b> Ordenarlas según entidad.</p> <p><b>27.</b> Entregar totalidad de facturas al final de cada mes.</p> |  |   | - Facturas de servicios prestados |  |  |  |  |
| RECURSOS  |                         | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |  | REQUISITOS APLICABLES   |                                   |  |  |  |  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de Enfermería</li> <li>Médico</li> <li>Enfermero</li> <li>Facturador</li> </ul>  |                         | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia Clínica.</li> <li>-Formato de ingreso</li> <li>-kardex</li> <li>-Formulas médicas</li> <li>-Facturas</li> <li>-Protocolos médicos</li> <li>-Protocolo lavado clínico de manos.</li> </ul>  |  | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> <li>-Protocolo de toma de signos vitales.</li> <li>-Protocolo de toma de frecuencia respiratoria y cardiaca.</li> <li>-Protocolo de toma de presión arterial.</li> <li>-Protocolo de administración de medicamentos.</li> </ul> |                                   | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> <li>-Decreto 1011 de 2006" Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul> |  | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> <li>-Ley 10 de 1990</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> </ul> |  |
| <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de hospitalización</li> <li>Área de facturación</li> </ul>   |                         | <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Iluminación de las instalaciones</li> <li>Calidad en la atención</li> <li>Buena observación</li> </ul>   |  |   |                                   |  |  |  |  |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> $\frac{\text{No. de Pacientes Que Mejoran}}{\text{No. Total de Pacientes}}$ $\frac{\text{No. Total de Pacientes que Reingresan al Servicio de Hospitalización Antes de 20 Días por la Misma Causa en el Período}}{\text{No. Total Egresos Vivos en el Período}}$ |                         |   |  | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Evaluación de la importancia de mejoría de los pacientes por los tipos de tratamientos relativos o curativos aplicados en el área de hospitalización.</p>  |                                   |  |  |  |  |
| <b>ELABORO:</b>   |                         | <b>REVISO:</b>  |  | <b>APROBO:</b>  |                                   |  |  |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |                         | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |                                   |  |  |  |  |




**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO HOSPITALIZACIÓN**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO HOSPITALIZACIÓN**

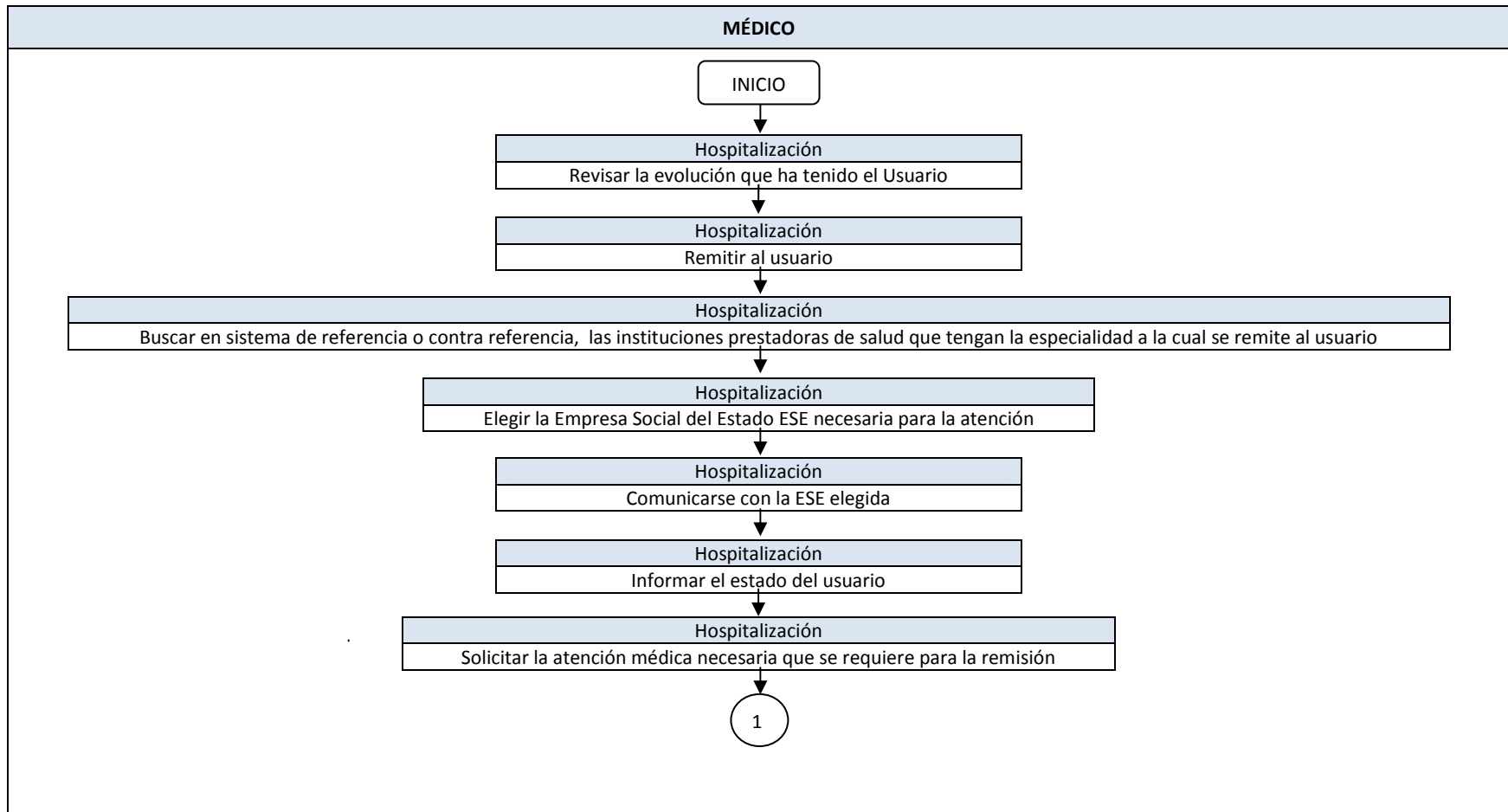


|   |  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR41M25</b>  |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  | <b>Edición: 01</b>  |  |
|  |  |  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |  |
|  |  |  |  | <b>Página: 209 de 281</b>   |  |
| <b>PROCESO:</b>  |  | <b>Traslado Asistencial Básico</b>   |  |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   |  | Traslado Asistencial Básico  |  |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   |  | Garantizar al usuario una adecuada atención hasta el lugar donde se remite.  |  |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>  |  | La actividad inicia con revisar la evolución del usuario y finaliza con la llegada del paciente a la institución destino de remisión.  |  |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  |  | Médico   |  |   |  |
| PROVEEDORES  | ENTRADAS   | ACTIVIDADES  | SALIDAS  | CLIENTES  |  |
| -Estado<br><br>-Comunidad<br><br>-Gestión asistencial<br><br>-Control de calidad<br><br>-Proceso de mejoramiento continuo<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Sistema de referencia y contra referencia<br><br>-Línea telefónica<br><br>-Formato de orden de remisión del paciente<br><br>-Historia Clínica del paciente<br><br>-Ambulancia<br><br>-Equipos necesarios para la atención dentro de la ambulancia<br><br>-Camilla | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar la evolución que ha tenido el usuario.</li> <li>2. Tomar la decisión de remitir al usuario.</li> <li>3. Buscar en el sistema de referencia y contra referencia, las instituciones prestadoras de salud que tengan la especialidad a la cual se remite al usuario.</li> <li>4. Elegir la ESE necesaria para la atención del usuario.</li> <li>5. Comunicarse con la ESE elegida.</li> <li>6. Informar el estado del usuario.</li> <li>7. Solicitar la atención médica necesaria que se requiere para la remisión.</li> <li>8. Confirmar la aceptación de remisión y disponibilidad de cama.</li> <li>9. Llenar el formato de remisión y la Historia Clínica.</li> <li>10. Contactar la ambulancia.</li> <li>11. Ubicar al usuario en la ambulancia.</li> <li>12. Entregar al auxiliar de enfermería la orden de remisión del usuario.</li> <li>13. Ingresar a la ambulancia.</li> <li>14. Desplazarse a la institución destino de remisión.</li> <li>15. Ubicar al paciente en la institución o entidad destino de remisión.</li> </ol> | -Decisión de remisión del usuario<br><br>-Elección de la ESE más apropiada<br><br>-Aceptación del paciente en la ESE receptora<br><br>-Traslado satisfactorio del paciente | -Comunidad<br><br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br><br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |  |
| RECURSOS   |  | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |  | REQUISITOS APLICABLES   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Camillero</li> <li>• Conductor</li> </ul>   |  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Listado de instituciones prestadoras de salud.</li> </ul>   |  | <b>EXTERNOS:</b>  |  |
|  |  |  |  | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del DASP Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul>  |  |
|  |  |  |  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 100 de 1993</li> </ul>  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |

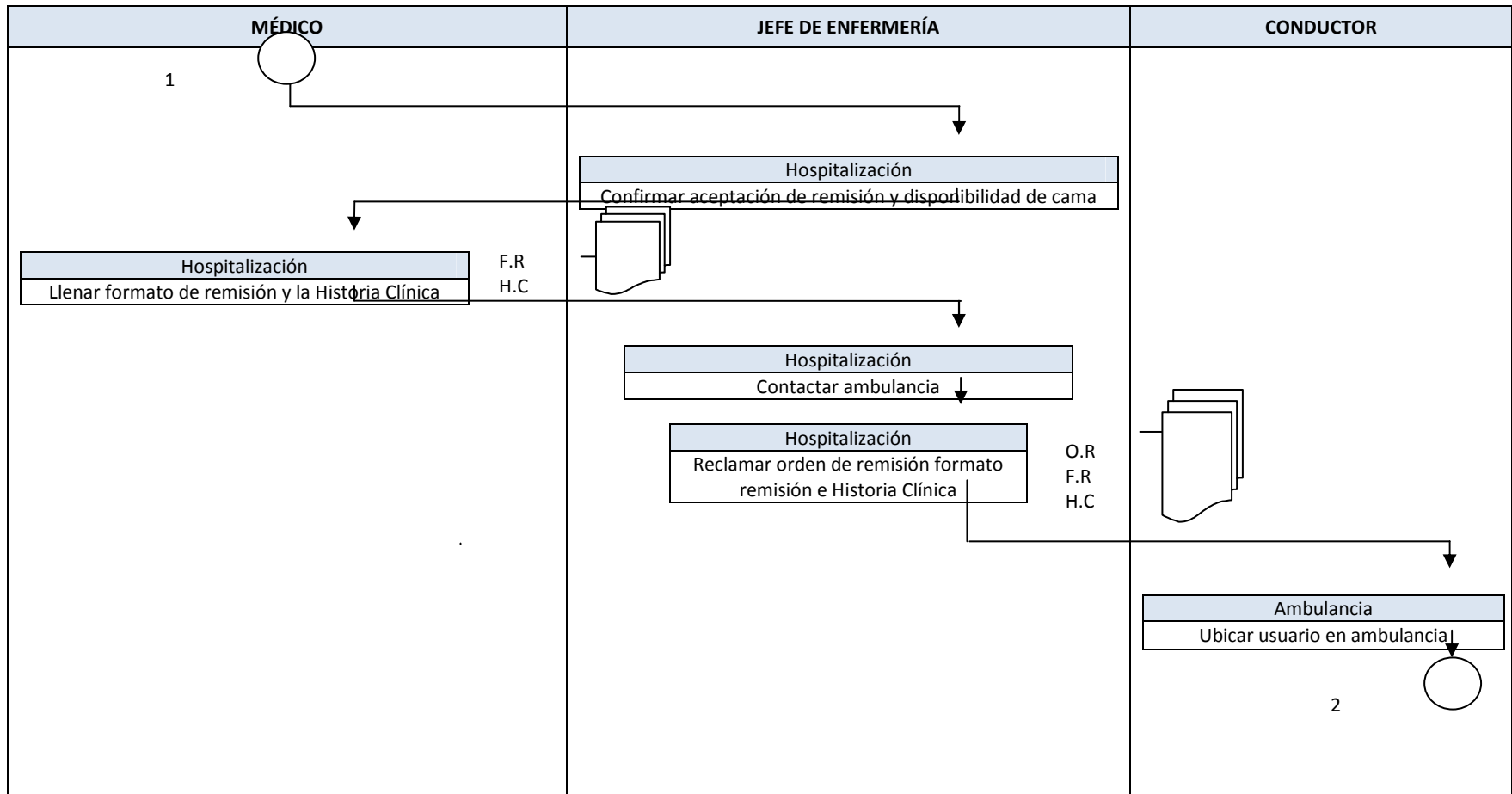


|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR41M25</b>  |   |
|  |  |  | <b>Edición: 01</b>  |   |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |   |
|  |  |  | <b>Página: 210 de 281</b>   |   |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de hospitalización</li> <li>• Área de urgencias.</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia Clínica</li> <li>-Formato de remisión</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud "</li> </ul>   | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promoción de la Salud Acuerdo 229</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud "</li> </ul> |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo de la información</li> <li>• Disciplina y responsabilidad</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Alto nivel de confiabilidad</li> <li>• Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>• Comunicación sencilla y precisa</li> <li>• Calidad en la atención</li> <li>• Buena observación</li> <li>• Adaptación al cambio</li> </ul> |  |  |   |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Usuarios Remitidos}}{\text{No. de Usuarios Atendidos en Urgencias}}$ $\frac{\text{No. de Remisiones Innecesarias}}{\text{No. Total de Remisiones}} \times 100$  |  |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Número de usuarios remitidos a otras instituciones.<br><br>Porcentaje de remisiones innecesarias. |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |

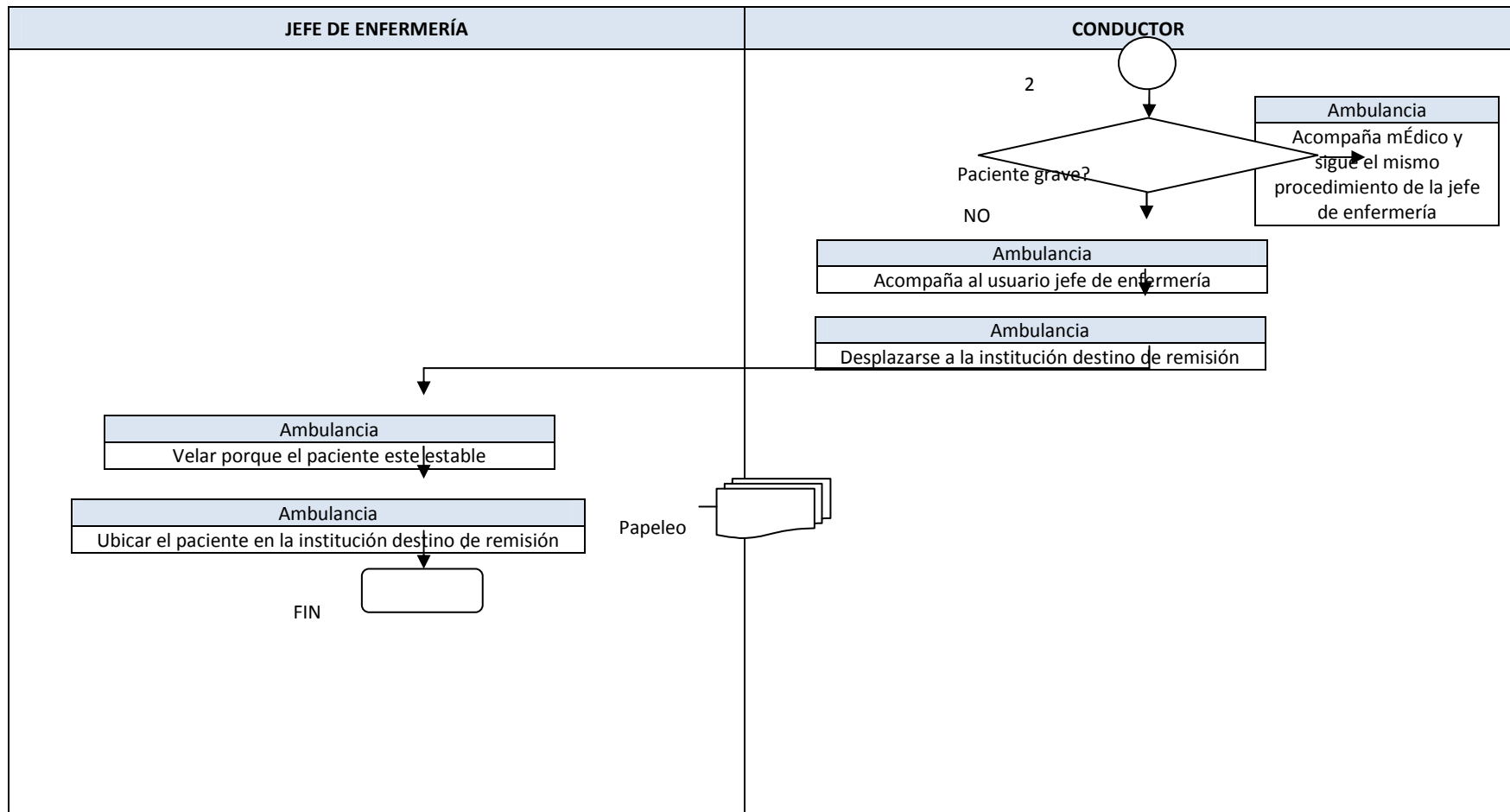
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO**



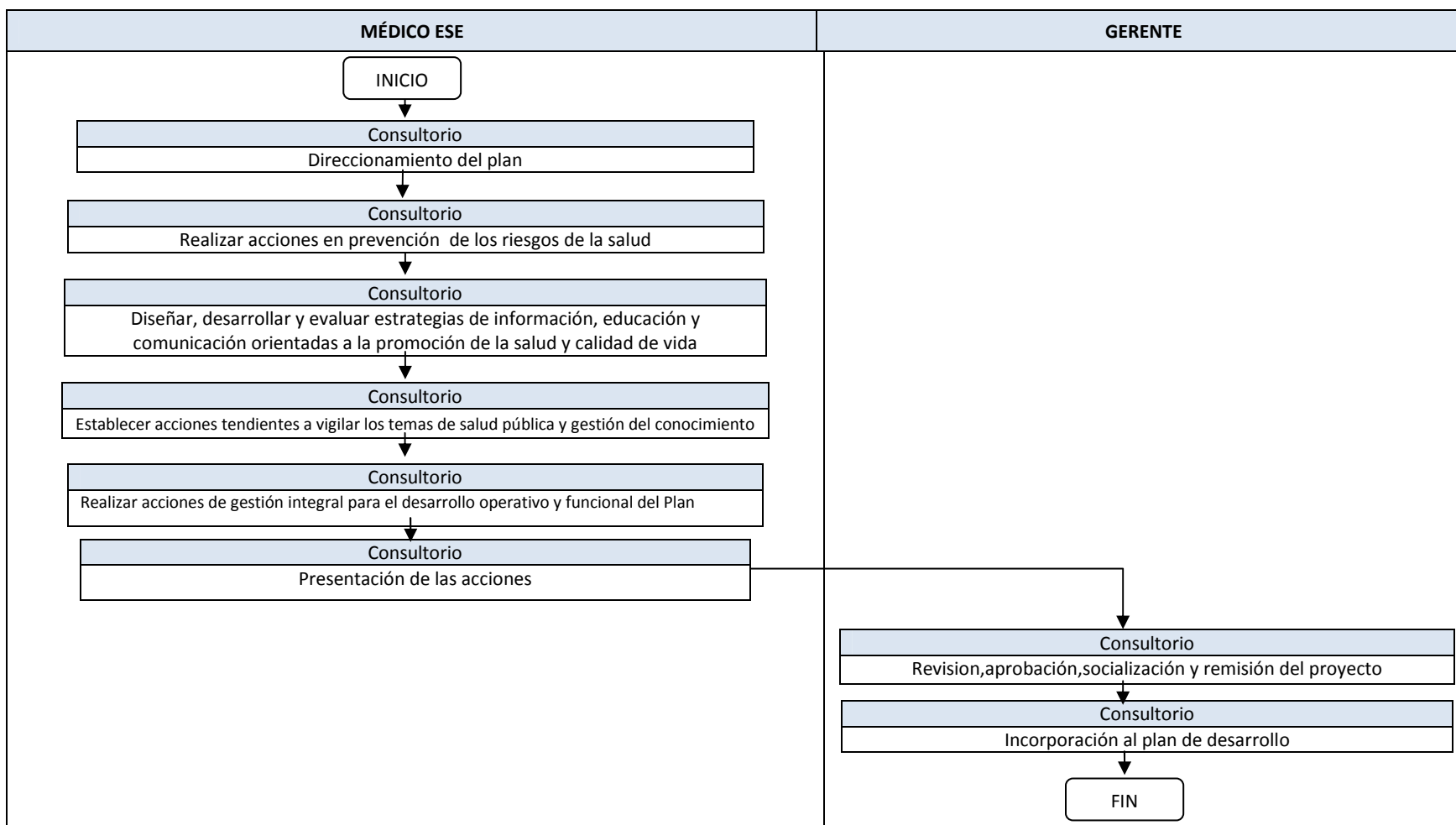
**5. PROCESOS MISIONALES**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Servicio de Salud Pública</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Plan de Intervenciones Colectivas   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Garantizar un entorno sano, orientando a la población hacia el mantenimiento de la salud pública, la promoción y prevención de la enfermedad en niveles que favorezcan el desarrollo y bienestar de la comunidad en general, además de brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los servicios ofrecidos a través de los planes establecidos por la Ley de Seguridad Social en Salud. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | La actividad inicia con definir y realizar acciones en prevención de la salud y termina con el diseño, desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación y comunicación orientadas a la promoción de la salud.   |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Médico ESE Surorienté   |

| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
|--|---|--|--|---|
| -Comunidad<br>-Ente Territorial<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Planes establecidos por la Ley de Seguridad Social en Salud<br>-Planes Estratégicos y Operativos del PAB<br>-Prioridades en salud pública del Departamento y Municipios<br>-Recursos públicos<br>-Indicadores de control<br>-Identificación y priorización de problemas en salud | <ol style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento del plan.</li> <li>Realizar acciones en prevención de los riesgos de la salud, que tienen como finalidad la identificación, el control o reducción de factores de riesgo biológicos, del ambiente, sociales, sanitarios del comportamiento y del consumo, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables en las personas.</li> <li>Diseñar, desarrollar y evaluar estrategias de información, educación y comunicación orientadas a la promoción de la salud y calidad de vida, teniendo en cuenta las características sociales, culturales, étnicas y ciclo vital de la población con el fin de garantizar la calidad en la prestación de servicios y hacer uso racional de los recursos y del apoyo logístico requerido para cumplir las metas.</li> <li>Establecer acciones tendientes a vigilar los temas de salud pública y gestión del conocimiento.</li> <li>Realizar acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan.</li> <li>Presentación de las acciones.</li> <li>Revisión, aprobación, socialización remisión del proyecto.</li> <li>Incorporación al plan de desarrollo.</li> </ol> | -Mejoramiento y mantenimiento de la salud pública<br>-Políticas públicas saludables<br>-Comunidad saludable<br>-Fortalecer participación social<br>-Desarrollo de acciones colectivas de promoción, prevención y vigilancia de las prioridades en salud pública<br>-Formulación de proyectos en salud<br>-Evaluación de la gestión del PAB | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, no Vinculados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 | <b>APROBO:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

|  |   |   |  |   |  |
|--|---|---|--|---|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.141.372-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>                                 |   | <b>Código:<br/>PR42M26</b>   |   |  |
|  |   |   | <b>Edición: 01</b>   |   |  |
|  | <b>5. PROCESOS MISIONALES</b>   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |  |
|  |   |   | <b>Página: 215 de 281</b>  |   |  |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b><br>-Manual de referencia y contra referencia.<br><br>-Cronograma de actividades. | <b>EXTERNOS:</b><br>-Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 4295 del 6 de Noviembre de 2007 del D.A.S.P Artículo 1,2,3,4,5 y 7 " Calidad de la Atención en Salud " | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"<br><br>-Ley de Seguridad Social en Salud |  |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de urgencias</li> <li>Ambulancia</li> </ul>  |   |   | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 1011 de 2006 " Calidad de la Atención en Salud   |   | <b>NORMA:</b><br>-Resolución 425 del 2008. |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Aprendizaje continuo</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Manejo de la información</li> <li>Experticia asistencial</li> <li>Disciplina y responsabilidad</li> <li>Cordialidad y colaboración</li> <li>Alto nivel de confiabilidad</li> <li>Actuación de forma rápida y oportuna</li> <li>Comunicación sencilla y precisa</li> <li>Calidad en la atención</li> <li>Adaptación al cambio</li> </ul> |   |   |  |   |  |
| <b>INDICADORES:</b>  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |  |   |  |
| $\frac{\text{No. de Acciones Elaboradas dentro del Plan}}{\text{No. Total de Acciones Dentro del Plan}}$   |   | Medir el grado de cumplimiento del plan de intervenciones colectivas.   |  |   |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |  |




**6. PROCESOS DE APOYO**

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Gestión del Talento Humano</b>   |  |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Selección y Vinculación del Personal  |  |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Establecer los pasos que se deben seguir para seleccionar y vincular personal que define el compromiso de la sede, con el desarrollo de la formación, competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, que garantice el logro de los objetivos y el aporte de conocimientos nuevos ante los problemas para el buen desarrollo operativo de la sede. |  |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>  | La selección de personal inicia con el requerimiento de un área para cubrir una vacante o la creación de un cargo y termina con la vinculación del nuevo empleado a la sede.  |  |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Coordinador Administrativo  |  |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Portafolio de servicios</li> <li>-Contratación de servicios</li> <li>-Proceso administrativo</li> <li>-Alta dirección</li> <li>-Distribución del personal por cada uno de los grados de complejidad, incluyendo la distribución entre trabajadores oficiales, empleados públicos (provisionales, en carrera administrativa, de libre nombramiento y remoción y fijos) y vacantes</li> <li>-Direcciones Seccionales de Salud</li> <li>-Ministerio de Protección Social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Datos sobre los requerimientos del puesto</li> <li>-Exigencias y requisitos del puesto</li> <li>-Características individuales (capacidad, experiencia y demás)</li> <li>-Filosofía del talento humano en la sede</li> <li>-Conocimientos y habilidades para el puesto</li> <li>-Pruebas de selección</li> </ul>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planeación de recursos humanos, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas del personal requerido por la sede.</li> <li>2. Realizar el perfil del cargo, describiendo las tareas, deberes, responsabilidades y condiciones bajo las cuales se desempeña cada cargo.</li> <li>3. Describir los aspectos intrínsecos (contenido) y extrínsecos (requisitos que debe cumplir el aspirante), dentro de la sede.</li> <li>4. Hacer la solicitud por escrito del personal requerido, la solicitud debe estar aprobada previamente por el Gerente General.</li> <li>5. Invitar a los candidatos que cumplan los requisitos establecidos para los cargos vacantes.</li> <li>6. Realizar el reclutamiento mediante concurso o realizar la búsqueda en el mercado laboral.</li> <li>7. Recibir y revisar las solicitudes con las hojas de vida, analizándolas de acuerdo con los parámetros establecidos.</li> <li>8. Preseleccionar los candidatos, por medio del análisis de los perfiles, comparando el perfil del cargo requerido y el que describen en las hojas de vida y los soportes recibidos.</li> <li>9. Seleccionar las hojas de vida que más se ajustan al perfil del cargo.</li> <li>10. Determinar las pruebas y competencias pertinentes para medir las habilidades individuales de tipo cognitivo, conocimientos del puesto de</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Perfil del cargo</li> <li>-Candidatos reclutados</li> <li>-Análisis de hojas de vida</li> <li>-Preselección de candidatos</li> <li>-Selección de candidatos aptos</li> <li>-Aplicación de pruebas</li> <li>-Aplicación de entrevistas</li> <li>-Elección de candidato</li> <li>-Comunicado de selección</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunidad</li> <li>-Profesionales de carreras afines</li> <li>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.</li> </ul> |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |



**6. PROCESOS DE APOYO**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS  | ACTIVIDADES   | SALIDAS  |
|--|---|---|--|
| <p>-Número de contratistas por cada uno de los grados de complejidad</p> <p>-Distribución porcentual entre los cargos administrativos y asistenciales en la planta de personal</p> <p>-Estado</p> <p>-Comunidad</p>              | <p>-Selección y diseño de los programas de formación</p> <p>-Instrumentos de selección</p>  | <p>trabajo, preferencias motivacionales, intereses vocacionales, actitudes, aptitudes y personalidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Aplicar y calificar las pruebas y competencias.</li> <li>12. Realizar la entrevista psicológica.</li> <li>13. Valorar la entrevista.</li> <li>14. Verificar las referencias personales y laborales a la terna seleccionada.</li> <li>15. Seleccionar los tres candidatos más opcionados, con soporte de los informes de referencias, pruebas, competencias y entrevista.</li> <li>16. Valorar las competencias y la entrevista para escoger al candidato más idóneo para el cargo.</li> <li>17. Realizar la entrevista de los candidatos que superaron los procedimientos anteriores con el jefe inmediato.</li> <li>18. Definir cuál es el candidato seleccionado.</li> <li>19. Solicitar y recibir documentos y exámenes de ingreso para realizar el proceso de vinculación al funcionario de conformidad con las normas vigentes.</li> <li>20. Confrontar referencias personales y laborales.</li> <li>21. Aprobar el aspirante elegido.</li> <li>22. Comunicar quien fue elegido a través de un memorando, anexando un resumen de su hoja de vida, condiciones salariales, cargos, tipo de contrato, salario propuesto, fecha de ingreso, fecha de finalización (si es a término fijo) y demás prerrogativas acordadas; para la aprobación final.</li> <li>23. Formalizar el contrato y afiliación a seguridad social.</li> <li>24. Registro y archivos de documentos.</li> <li>25. Ingreso del funcionario contratado, lo cual incluye su vinculación e Inducción inicial, en el cual hace un recorrido y presentación por las diferentes áreas, se le enseña los objetivos de la sede y se le explican sus funciones, obligaciones y deberes.</li> <li>26. Permanencia, en el que se inscriben los procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos, por medio de actividades planeadas por la sede para facilitar el desarrollo de habilidades, capacidades y conocimientos en los trabajadores con el fin de que puedan desempeñarse eficientemente en el cargo y obtengan buenos resultados.</li> </ol> | <p>-Contrato</p> <p>-Inducción</p> <p>-Personal profesional contratado</p>   |
| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |   | REQUISITOS APLICABLES  |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador Administrativo</li> </ul> <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área Administrativa</li> <li>• Oficinas</li> </ul> | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contrato</li> <li>-Guía de funciones y responsabilidades</li> </ul> | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de competencias de los servidores públicos</li> </ul>  | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 3622 de 2005, Art. 7. Política de Desarrollo Administrativo "Desarrollo del Talento Humano".</li> </ul> <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 909 de 2004, Título V, Capítulo I, Artículo 31 "Planeación del Recurso Humano"</li> </ul> |
| ELABORÓ:   | REVISÓ:   | APROBÓ:   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |  |

|  |   |   |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
|--|---|---|---|--|---|-----------------------------|--|----------------|-------|-----------------------------|--|-----------------------------|-------|----------------------|--|--|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |   |   | <b>Código:<br/>PR43A01</b>   |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
|  |   |   |   | <b>Edición: 01</b>   |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
|  | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>                                       |   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
|  |   |   |   | <b>Página: 219 de 281</b>  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| <b>RECURSOS</b>  |   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Aprendizaje continuo</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> </ul>   |   | <b>INTERNOS:</b><br>-Hoja de vida de los funcionarios   | <b>EXTERNOS:</b><br>-Manual de capacitación o formación de los funcionarios | <b>NORMA:</b><br>-Decreto 3622 de 2005, Art. 7. Política de Desarrollo Administrativo o "Desarrollo del Talento Humano". | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"  |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">No. de Trabajadores de Salud</td> <td style="text-align: center;">X 100</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <b>INTERPRETACIÓN:</b><br/><br/>           Porcentaje de trabajadores de la sede según población de referencia.<br/><br/>           Porcentaje de prestaciones sociales de los funcionarios de la sede.         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No. Población de Referencia</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No. de Médicos</td> <td style="text-align: center;">X 100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No. Población de Referencia</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Valor Prestaciones Sociales</td> <td style="text-align: center;">X 100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Valor Total Salarios</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   |   | No. de Trabajadores de Salud  | X 100  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br><br>Porcentaje de trabajadores de la sede según población de referencia.<br><br>Porcentaje de prestaciones sociales de los funcionarios de la sede. | No. Población de Referencia |  | No. de Médicos | X 100 | No. Población de Referencia |  | Valor Prestaciones Sociales | X 100 | Valor Total Salarios |  |  |  |  |
| No. de Trabajadores de Salud   | X 100   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br><br>Porcentaje de trabajadores de la sede según población de referencia.<br><br>Porcentaje de prestaciones sociales de los funcionarios de la sede. |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| No. Población de Referencia  |   |   |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| No. de Médicos   | X 100   |   |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| No. Población de Referencia  |   |   |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| Valor Prestaciones Sociales  | X 100   |   |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| Valor Total Salarios   |   |   |   |  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>   |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |                             |  |                |       |                             |  |                             |       |                      |  |  |  |  |



**ESE SURORIENTE  
MANUAL DE PROCESOS Y  
PROCEDIMIENTOS**

**Código:  
PR43A01**

**Edición: 01**

**6. PROCESOS DE APOYO**

**Fecha: 11/05/2009**

**Página: 220 de 281**

**FORMATOS**

**Hoja Por la cual se ajusta el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales para los funcionarios de la Planta de Personal de la Empresa Social ESE Surorienté.**

**I. Identificación**

Nivel: \_\_\_\_\_  
Denominación del Empleo: \_\_\_\_\_  
Código:  
Grado:  
No. de cargos \_\_\_\_\_ ( )  
Dependencia donde se ubique el cargo  
Cargo del Jefe Inmediato: Quien ejerza la supervisión directa

**II. Descripción de Funciones Esenciales**

-----  
-----  
-----

**II. Contribuciones Individuales (criterios de desempeño)**

-----  
-----  
-----

**II. Conocimientos Básicos o Esenciales**

-----  
-----  
-----

**VI. Requisitos de Estudio y Experiencia**

**Estudios**

-----  
-----  
-----

**Experiencia**

-----  
-----  
-----

**Competencias**

-----  
-----  
-----

**ELABORÓ:**

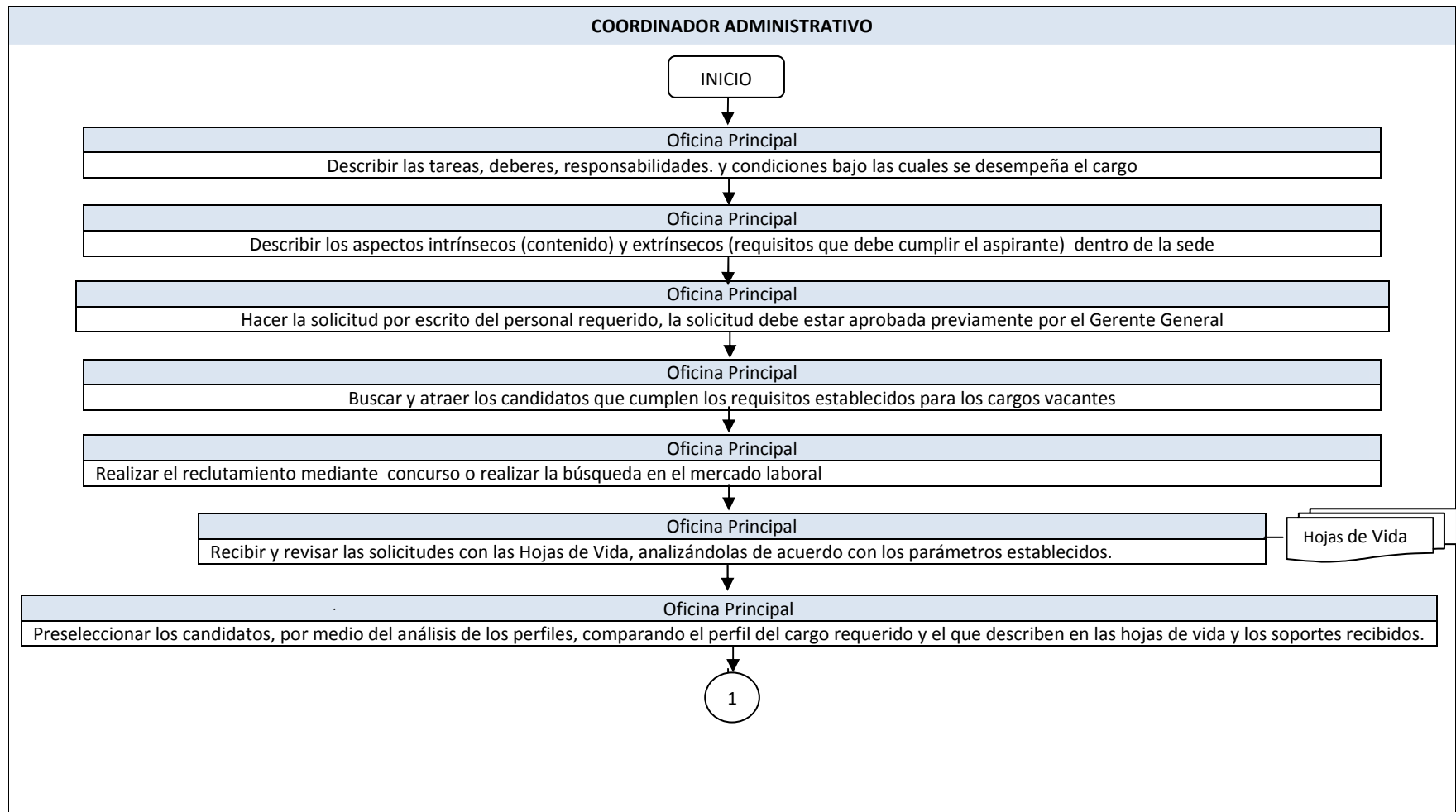
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

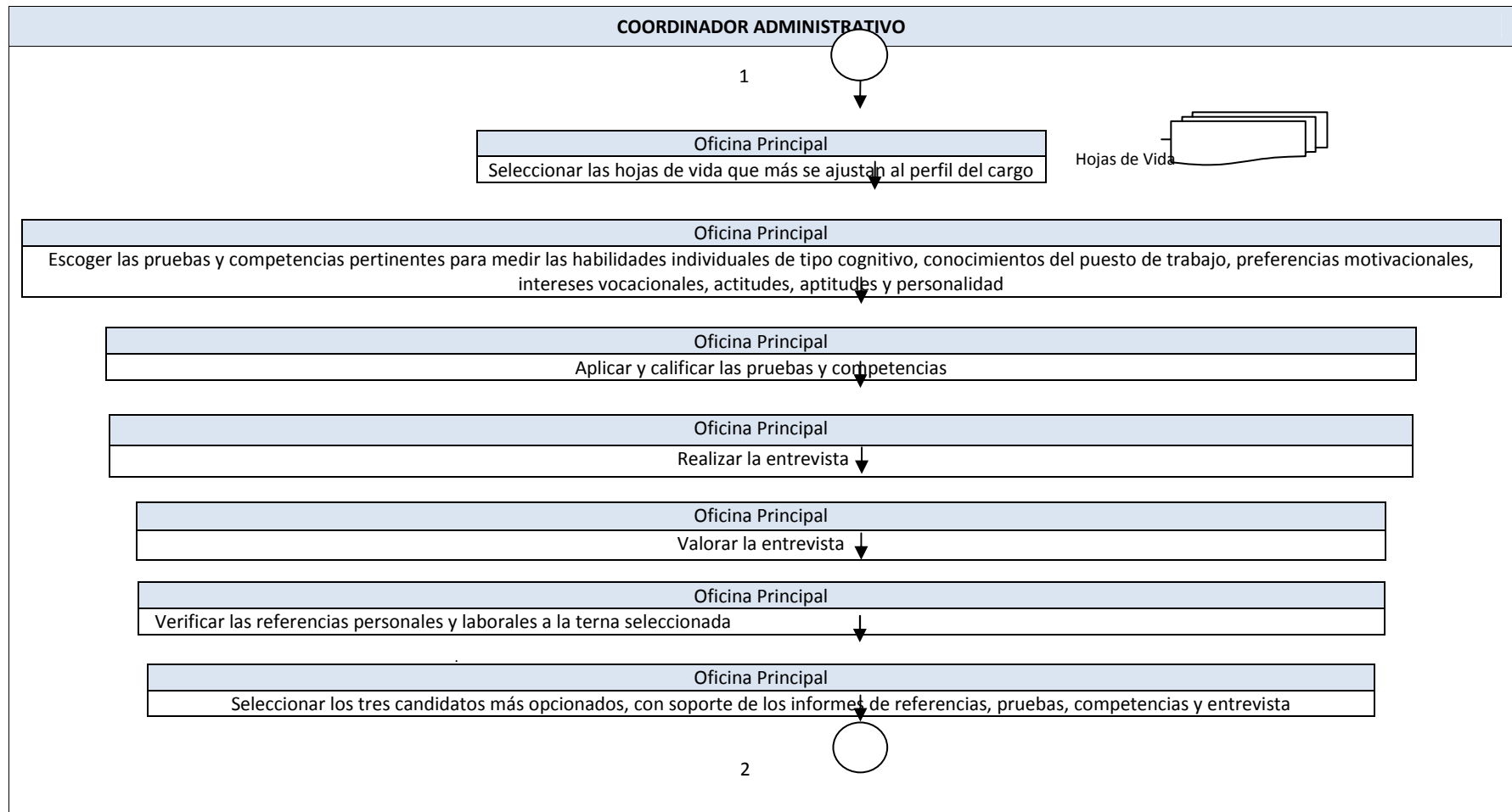
**REVISÓ:**

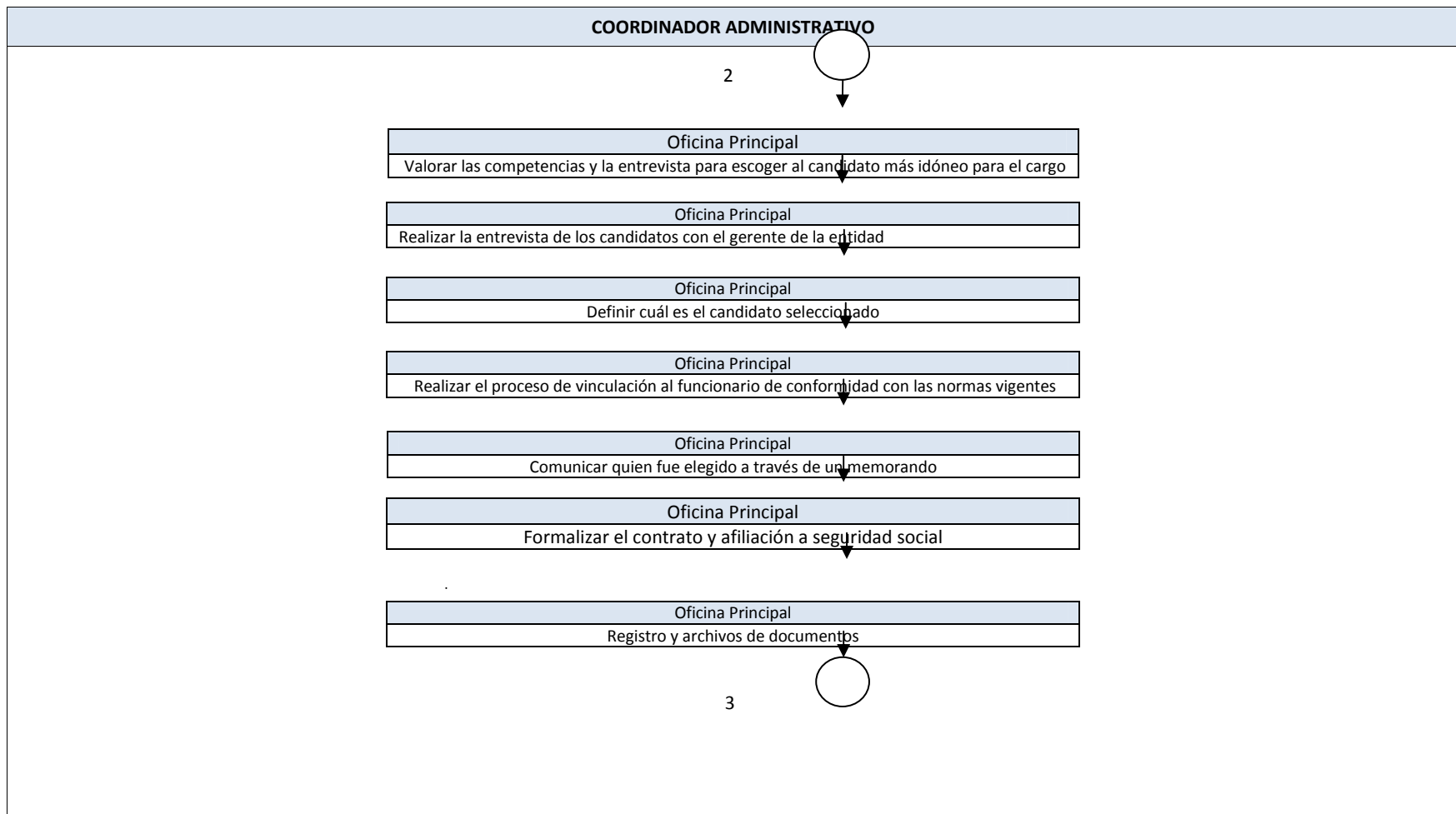
Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

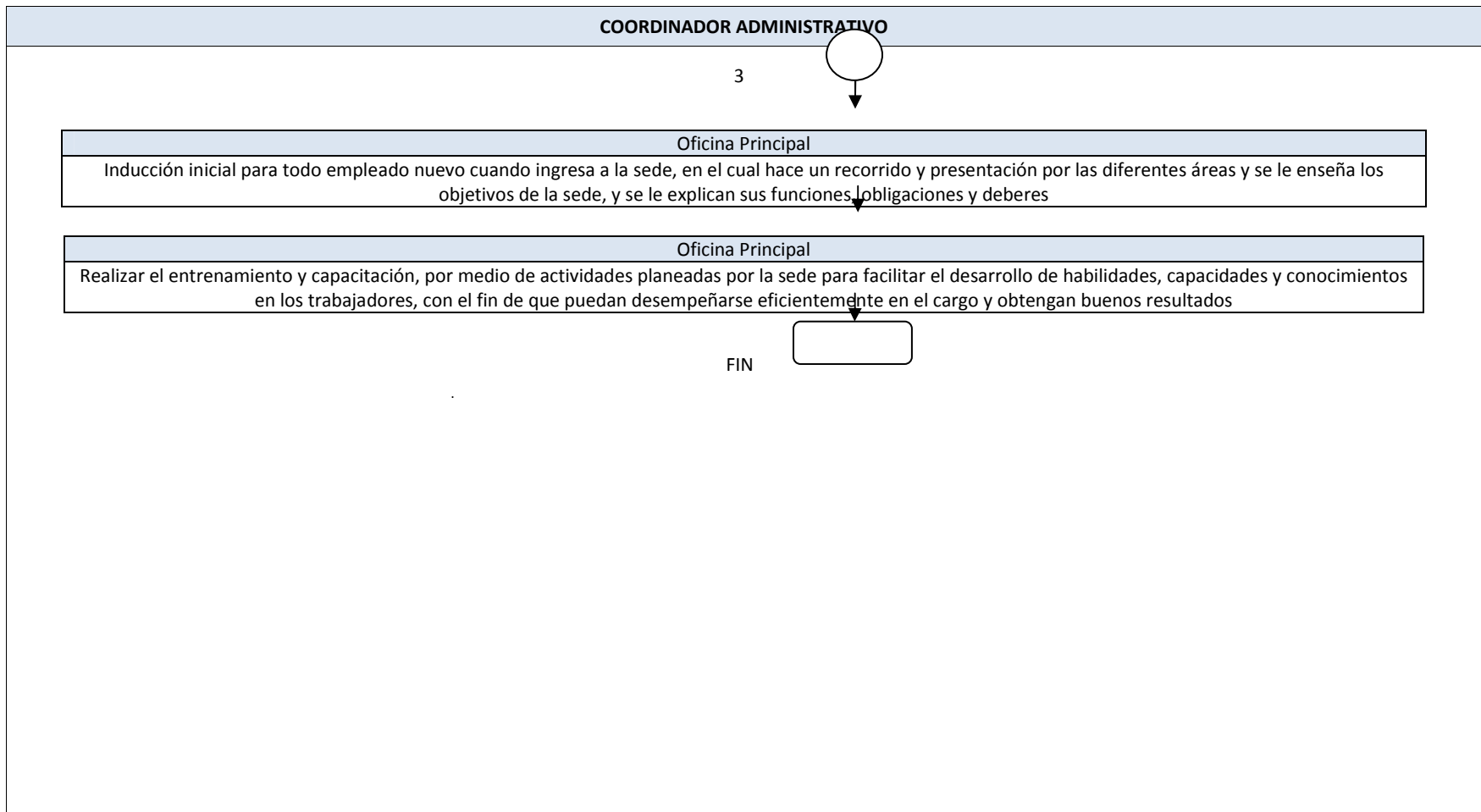
**APROBÓ:**


Francisco Fonseca Amaris  
Gerente





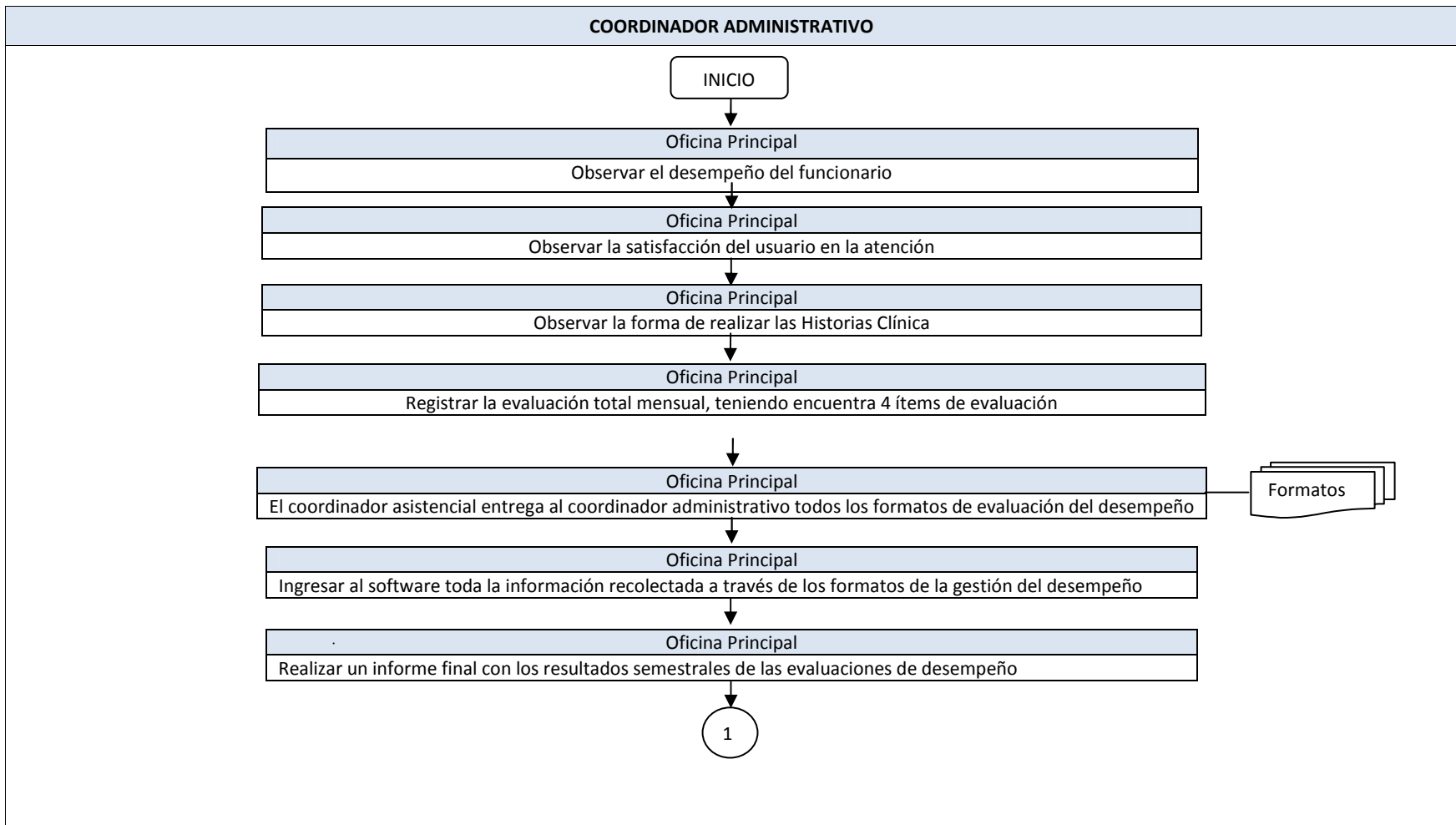


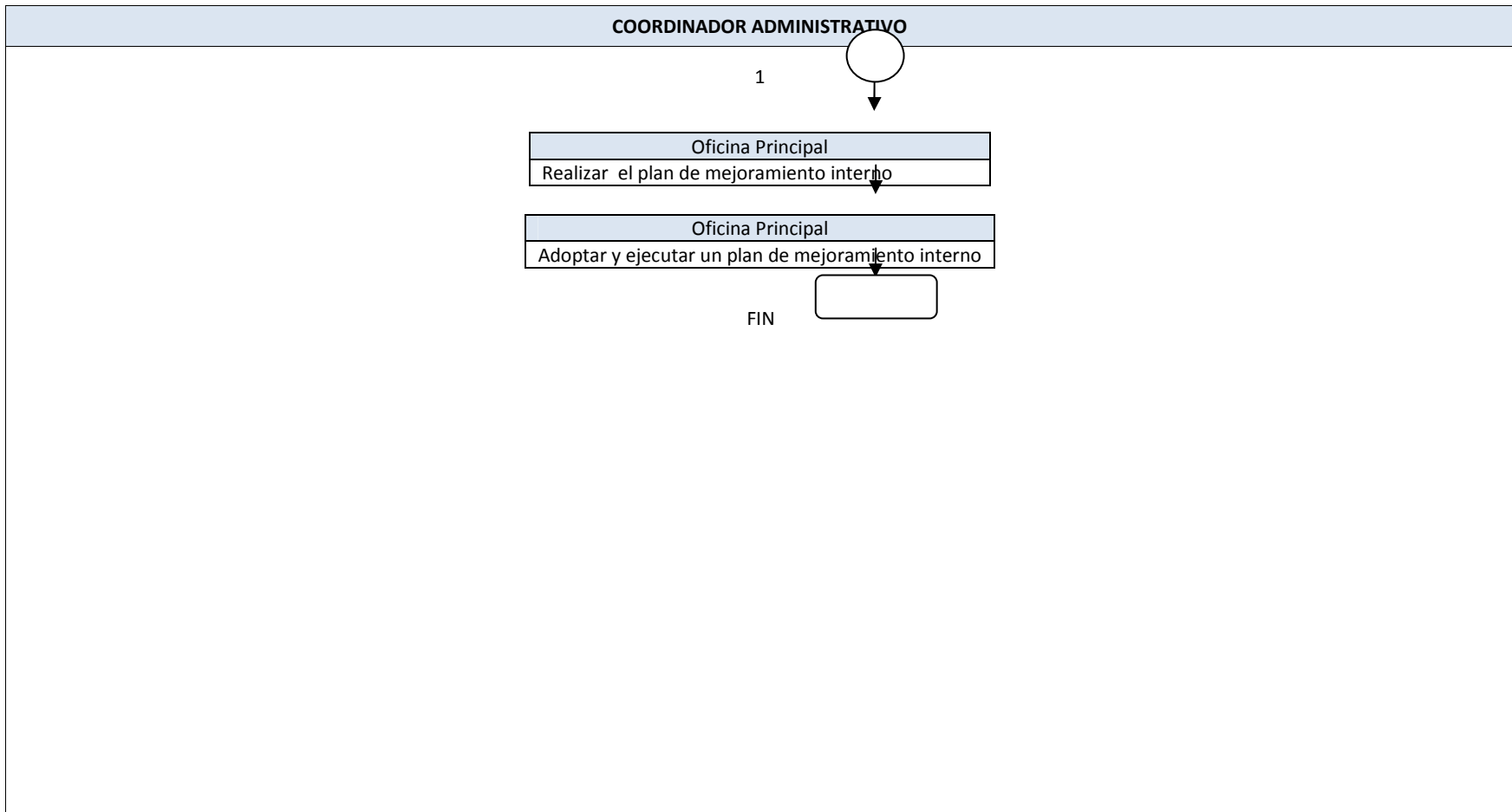


|    |  | ESE SURORIENTE<br>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS   |  | Código:<br>PR44A02  |   |
|---|--|---|--|---|---|
|   |  | 6. PROCESOS DE APOYO  |  | Edición: 01   |   |
|   |  |   |  | Fecha: 11/05/2009   |   |
|   |  |   |  | Página: 225 de 281  |   |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión del Talento Humano</b>  |   |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Evaluación del Desempeño   |   |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Establecer la metodología para evaluar el desempeño de los funcionarios con relación al cargo desempeñado en la sede, de acuerdo al desarrollo de sus competencias técnicas y organizacionales, resultados, recursos, comportamiento laboral y logro de objetivos en un período de tiempo determinado, los cuales además deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar la evaluación del desempeño de los servidores públicos del Estado. |   |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la observación del desempeño de funciones del empleado y termina con la adopción y ejecución del plan de mejoramiento interno.   |   |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Coordinador Administrativo   |   |  |   |   |
| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   |  | SALIDAS   | CLIENTES                                |
| -Enfoque de diagnóstico a la formación<br>-Estado<br>-Comunidad<br>-Metas de la sede<br>-Manual de funciones<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Habilidades, destrezas y conocimientos que exige el puesto<br><br>-Proceso de formación y desarrollo del talento humano<br><br>-Estimación de las necesidades de formación<br><br>-Desempeño del trabajo  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar el desempeño del funcionario.</li> <li>2. Observar la satisfacción del usuario en la atención.</li> <li>3. Observar la forma de realizar las Historias Clínicas.</li> <li>4. Registrar la evaluación total mensual, teniendo en cuenta 4 ítems de evaluación: cumplimiento, manejo de herramientas, relaciones interpersonales y aplicación de conocimientos.</li> <li>5. El coordinador asistencial entrega al coordinador administrativo todos los formatos de evaluación del desempeño.</li> <li>6. Ingresar al software toda la información recolectada a través de los formatos de la gestión del desempeño.</li> <li>7. Realizar un informe final con los resultados semestrales de las evaluaciones de desempeño.</li> <li>8. Realizar el plan de mejoramiento interno.</li> <li>9. Adoptar y ejecutar un plan de mejoramiento.</li> <li>10. Retiro, situación generada por necesidades del servicio o por pensión de los funcionarios.</li> <li>11. Liquidación del contrato.</li> </ol> |  | -Formación y evaluación del desempeño<br><br>-Compensaciones y capacitaciones<br><br>-Análisis del trabajo, la tarea y el conocimiento, habilidad y capacidad<br><br>-Comparación y uso de los métodos de estimación de necesidades<br><br>-Motivación del empleado para mejorar<br><br>-Conocimiento de los resultados | -Comunidad<br><br>-Empleados de la sede |
| RECURSOS  |  | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |  | REQUISITOS APLICABLES   |   |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Coordinador Asistencial de Punto   |  | <b>INTERNOS:</b><br>-Formatos de evaluación del desempeño   |  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>- Ley 909 de 2004, Título VI, Capítulo I, Artículo 36. "Capacitación y Formación del Recurso Humano"  |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b><br>• Área administrativa<br>• Oficina<br>• Equipo de oficina  |  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolos de comportamiento de los servidores públicos  |  | <b>NORMA:</b><br>-Principios NTCGP 1000:2004<br><br>-Modelo NTCGP 100:2004  |   |
| ELABORÓ:  |  | REVISÓ:   |  | APROBÓ:   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |



|   |   |   |                                     |   |       |   |  |  |
|---|---|---|-------------------------------------|---|-------|---|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> |   | <b>Código:<br/>PR44A02</b>          |   |       |   |  |  |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>                  |   |       |   |  |  |
|   | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>                                   |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>            |   |       |   |  |  |
|   |   |   | <b>Página: 226 de 281</b>           |   |       |   |  |  |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                   |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>        |   |       |   |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Creatividad e innovación</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Limpieza e higiene</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b>  | <b>EXTERNOS:</b>  | <b>NORMA:</b>                       | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 909 de 2004, Título VI, Capítulo II, Artículo 37-40.<br>"Evaluación del Desempeño y Acuerdos de Gestión"-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud" |       |   |  |  |
| <b>INDICADORES:</b>   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |                                     |   |       |   |  |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{No. Personas Retiradas}}{\text{No. Personas Vinculadas}} \times 100</math> </td> <td style="width: 40%; text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{No. Horas de Ausentismo}}{\text{No. Horas Contratadas}} \times 100</math> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> </table> |   | $\frac{\text{No. Personas Retiradas}}{\text{No. Personas Vinculadas}} \times 100$ | X 100                               | $\frac{\text{No. Horas de Ausentismo}}{\text{No. Horas Contratadas}} \times 100$  | X 100 | Porcentaje de retiros y ausentismo del talento humano de la sede. |  |  |
| $\frac{\text{No. Personas Retiradas}}{\text{No. Personas Vinculadas}} \times 100$   | X 100   |   |                                     |   |       |   |  |  |
| $\frac{\text{No. Horas de Ausentismo}}{\text{No. Horas Contratadas}} \times 100$  | X 100   |   |                                     |   |       |   |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  |   | <b>APROBÓ:</b>                      |   |       |   |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |   |       |   |  |  |

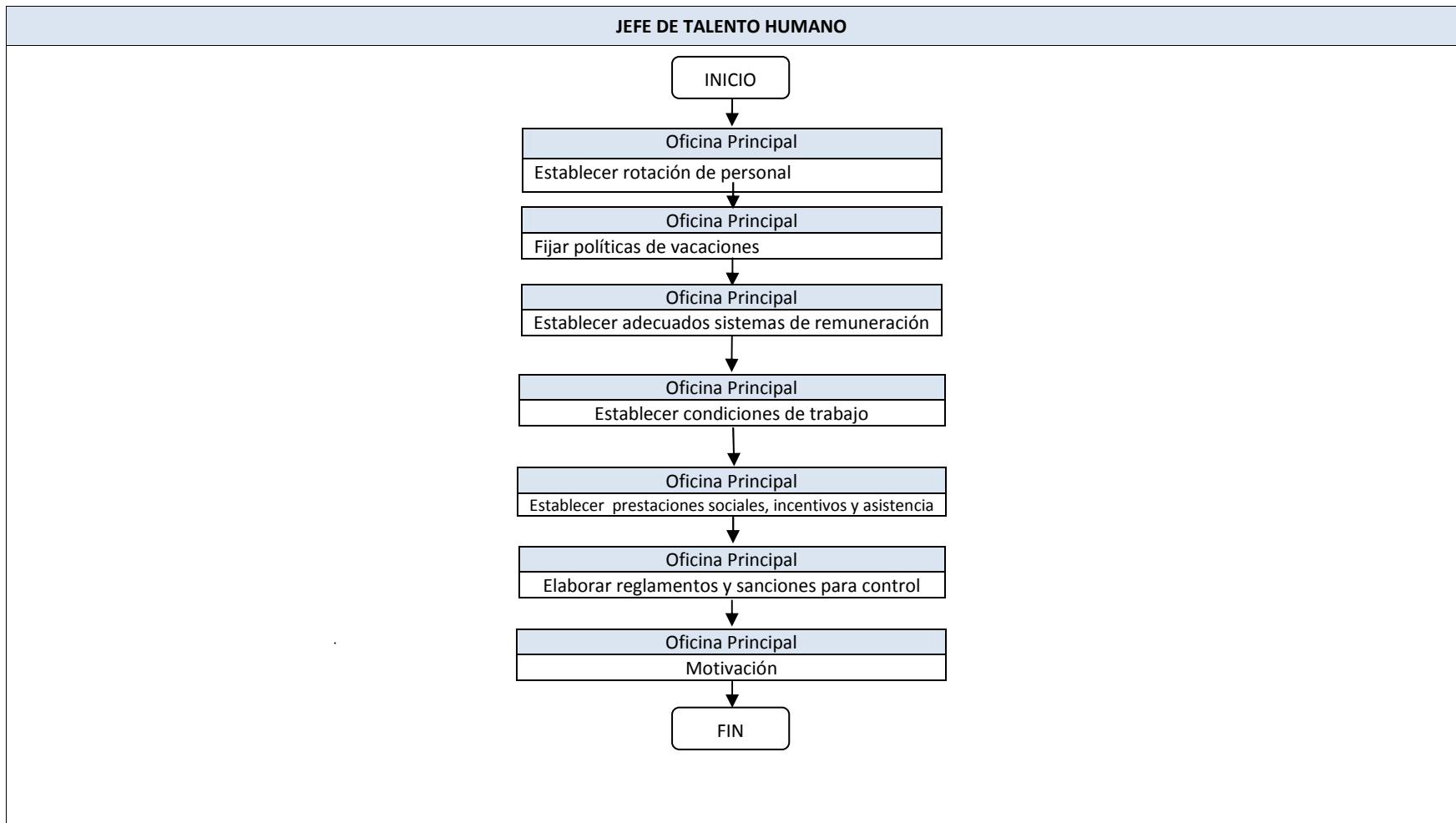




**6. PROCESOS DE APOYO**

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión del Talento Humano</b>  |   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Salud Ocupacional  |   |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Desarrollar estrategias para la identificación, gestión de factores humanos y físicos del entorno de trabajo, con el fin de establecer un clima organizacional para el libre desarrollo de cada una de las competencias de los funcionarios. |   |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con definir la rotación del personal de la sede y termina con la evaluación de las actividades programadas.  |   |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Coordinadora de Salud Ocupacional  |   |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Gestión del talento Humano<br><br>-Gestión financiera<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social   | -Gerencia del recurso humano<br><br>-Presupuesto para salud ocupacional  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer Rotación de Personal.</li> <li>2. Fijar políticas de vacaciones.</li> <li>3. Establecer adecuados sistemas de remuneración.</li> <li>4. Establecer condiciones de trabajo.</li> <li>5. Establecer prestaciones sociales.</li> <li>6. Definir el Plan de Incentivos, ya sea por la emisión de conductas deseables, o por el logro de resultados previamente acordados y con las características previstas.</li> <li>7. Elaborar reglamentos y sanciones para controlar la disciplina.</li> <li>8. Realizar jornadas de motivación.</li> <li>9. Realizar jornadas educativas a todos los funcionarios de la entidad.</li> <li>10. Evaluación de las actividades.</li> <li>11. Llevar un registro de accidentes laborales.</li> </ol> | -Oportunidad de desarrollo del talento humano mientras realizan su trabajo  | -Funcionarios de la sede   |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Administrativo</li> <li>• Personal Asistencial</li> </ul> <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalaciones de la sede</li> </ul> <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan de capacitación</li> </ul>   | <b>EXTERNOS:</b>  | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 1227 de 2005, Título V, Capítulo II y Artículos 69-85´ Salud Ocupacional y Bienestar Social"</li> <li>-Decreto 2539 de 2005</li> <li>-Decreto 2772 de 2005</li> </ul> |
| <b>ELABORO:</b>   | <b>REVISO:</b>   | <b>APROBO:</b>  |   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |  |

|  |   |                  |   |  |
|--|---|------------------|---|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |                  |   | <b>Código:<br/>PR45A03</b>   |
|  |   |                  |   | <b>Edición: 01</b>   |
|  | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>                                       |                  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |
|  |   |                  |   | <b>Página: 230 de 281</b>  |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                       |                  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>                                      |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Creatividad e innovación</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Limpieza e higiene</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b>  | <b>EXTERNOS:</b> | <b>NORMA:</b>   | <b>LEGALES Y<br/>REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001" Ley de<br>competencias y recursos<br>para salud" |
| <b>INDICADORES:</b>  |   |                  | <b>INTERPRETACIÓN:</b>  |  |
| $\frac{\text{No. de Funcionarios Capacitados Satisfechos}}{\text{No. de Funcionarios Capacitados Asistentes}} \times 100$  |   |                  | Porcentaje de Funcionarios<br>satisfechos con las capacitaciones. |  |
| $\frac{\text{No. Accidentes de Trabajo}}{\text{No. Personas Trabajando}} \times 100$   |   |                  | Porcentaje de accidentes de trabajo.                              |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |                  | <b>APROBÓ:</b>  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                    |                  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente                               |  |



**6. PROCESOS DE APOYO**

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión de Recursos Físicos</b>   |  |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Adquisición y Suministro   |  |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Garantizar el proceso de compra de bienes y servicios necesarios para apoyar la ejecución de las actividades diarias de la sede, teniendo en cuenta las disposiciones de la Ley, contrataciones del Estado, su reglamento y el sistema de compras de la entidad. |  |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la necesidad de compras y del servicio y termina con el archivo de los documentos de la compra y servicio realizado.   |  |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Comité de Compras y Servicios  |  |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Procesos misionales<br>-Comunidad<br>-Planificación estratégica<br>-Seguimiento y control<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Gestión Financiera<br>-Gestión del Talento Humano<br>-Control interno<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Plan de compras<br>-Presupuesto   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necesidad de compra y necesidad del servicio.</li> <li>2. Si es una necesidad de compra seguir con el paso 4.</li> <li>3. Si es una necesidad de servicio seguir con el paso 17.</li> <li>4. El coordinador de punto notifica al encargado de almacén la necesidad.</li> <li>5. El almacenista verifica que lo solicitado esté dentro del plan de compras.</li> <li>6. El almacenista solicita la disponibilidad presupuestal.</li> <li>7. El jefe de presupuesto expide la disponibilidad presupuestal.</li> <li>8. El almacenista realiza mínimo tres cotizaciones del producto a proveer y las envía al comité de compras para su evaluación.</li> <li>9. Evaluadas las cotizaciones el comité informa al almacenista la seleccionada.</li> <li>10. El almacenista envía la cotización seleccionada y la disponibilidad presupuestal a la oficina jurídica para su proceso de contratación.</li> <li>11. La oficina jurídica revisa la documentación y solicita al contratista los siguientes documentos: fotocopia de la cédula, RUT, cámara y comercio (si aplica), pasado judicial, antecedentes fiscales, y disciplinarios y los demás que considere pertinentes.</li> <li>12. Una vez los requisitos exigidos estén en orden se procede a elaborar el contrato y se entrega una copia al beneficiario para la constitución de la póliza (Si el contrato es inferior a la suma de 1.700.000 no se requiere póliza).</li> <li>13. Una vez constituida la póliza y</li> </ol> | -Disponibilidad presupuestal<br>-Cotizaciones del producto a proveer<br>-Selección del contratista<br>-Firma del contrato<br>-Póliza<br>-Entrega de bienes<br>-Elaboración del pago<br>-Archivo de documentos en tesorería | -Comunidad<br>-Proveedores de productos<br>-Procesos estratégicos, misionales y de apoyo |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |

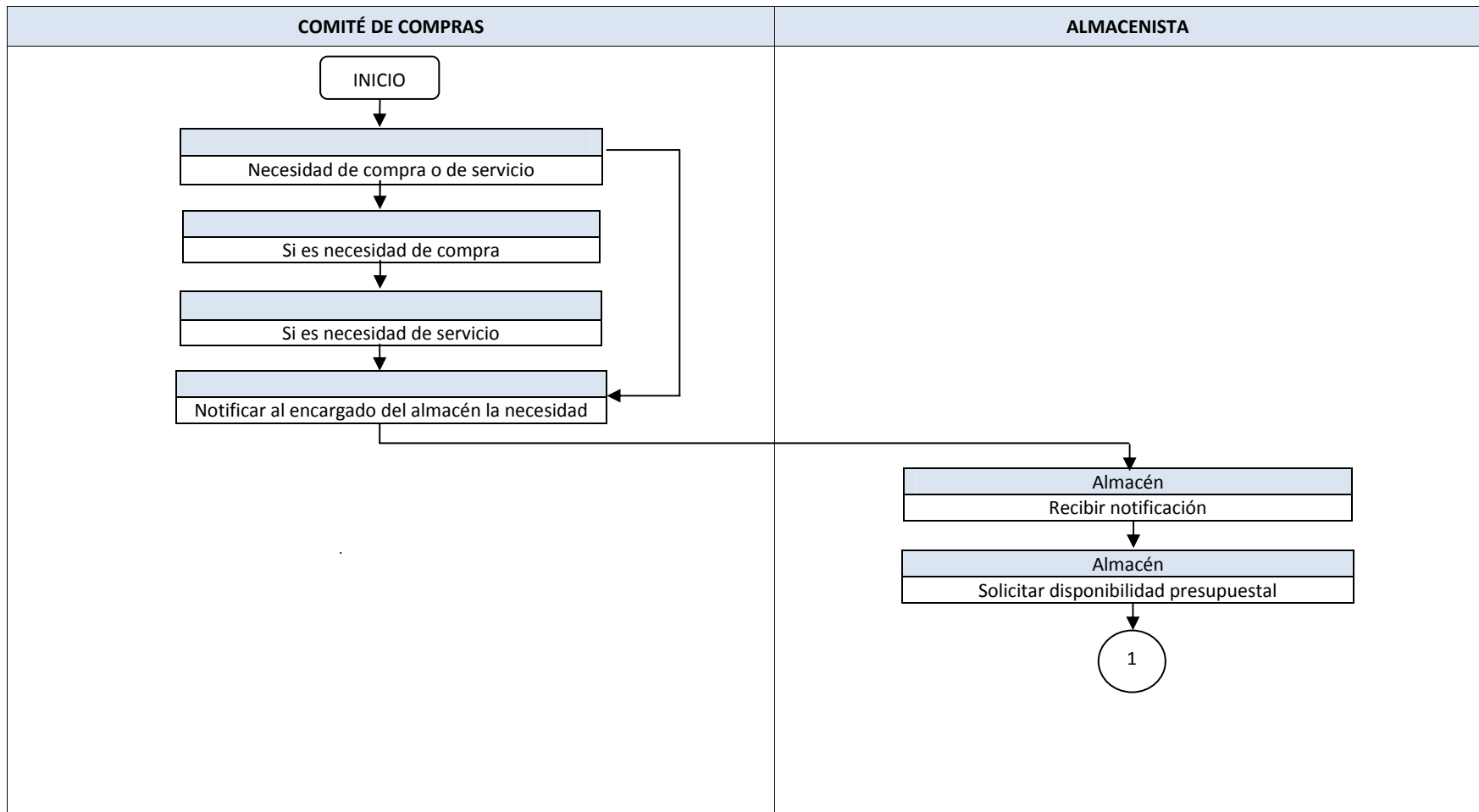
**6. PROCESOS DE APOYO**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS | ACTIVIDADES  | SALIDAS                             |
|--|----------|--|-------------------------------------|
|  |          | <p>recepcionada en la oficina jurídica se expide la resolución de aprobación.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. La documentación es transferida al almacén donde se anexa el formato de entrada de elementos a almacén y la factura.</li> <li>15. Una vez el almacenista certifica el recibo de los bienes a satisfacción, realizando el control de calidad al momento de la entrega de bienes para verificar el cumplimiento de las especificaciones requeridas, transfiere la cuenta a la oficina financiera para su registro presupuestal y elaboración del pago.</li> <li>16. Una copia de la cuenta queda en el archivo de tesorería junto con el comprobante de pago y la factura original, los demás documentos originales se envían nuevamente a la oficina jurídica para su archivo.</li> <li>17. El coordinador de punto define servicio a contratar.</li> <li>18. El coordinador de punto notifica al coordinador administrativo la necesidad del servicio.</li> <li>19. El coordinador administrativo, una vez sea autorizado por el gerente, solicita la disponibilidad presupuestal.</li> <li>20. El Jefe de presupuesto expide la disponibilidad presupuestal.</li> <li>21. Se envía la disponibilidad presupuestal a la oficina jurídica, para que se haga la invitación pública, para la presentación de propuestas.</li> <li>22. Convocar a empresas proveedoras con especificaciones técnicas, económicas y condiciones comerciales óptimas para la entidad.</li> <li>23. Recibir propuestas, para su evaluación.</li> <li>24. Evaluadas las propuestas por parte del gerente, se informa a la oficina jurídica sobre la seleccionada.</li> <li>25. La oficina jurídica revisa la documentación y solicita al contratista los siguientes documentos: fotocopia de la cedula, RUT, cámara y comercio (si aplica), pasado judicial, antecedentes fiscales, y disciplinarios, aportes a seguridad social y los demás que considere pertinentes.</li> <li>26. Con el lleno de estos requisitos se elabora el contrato y entrega una copia al beneficiario para la constitución de la póliza. (Si el contrato es inferior a la suma de 1.700.000 no se requiere póliza).</li> <li>27. Una vez constituida la póliza y recepcionada en la oficina jurídica se expide la resolución de aprobación de ésta, y se elabora el acta de inicio.</li> <li>28. Una vez el interventor del contrato firme el acta de inicio, transfiere la cuenta a la oficina financiera para su registro presupuestal y elaboración del pago del anticipo o pago final según el caso.</li> <li>29. Una copia de la cuenta queda en el archivo de tesorería junto con el comprobante de pago y la factura original, los demás documentos originales se envían nuevamente a la oficina jurídica para su archivo.</li> </ol> |                                     |
| <b>ELABORÓ:</b>  |          | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

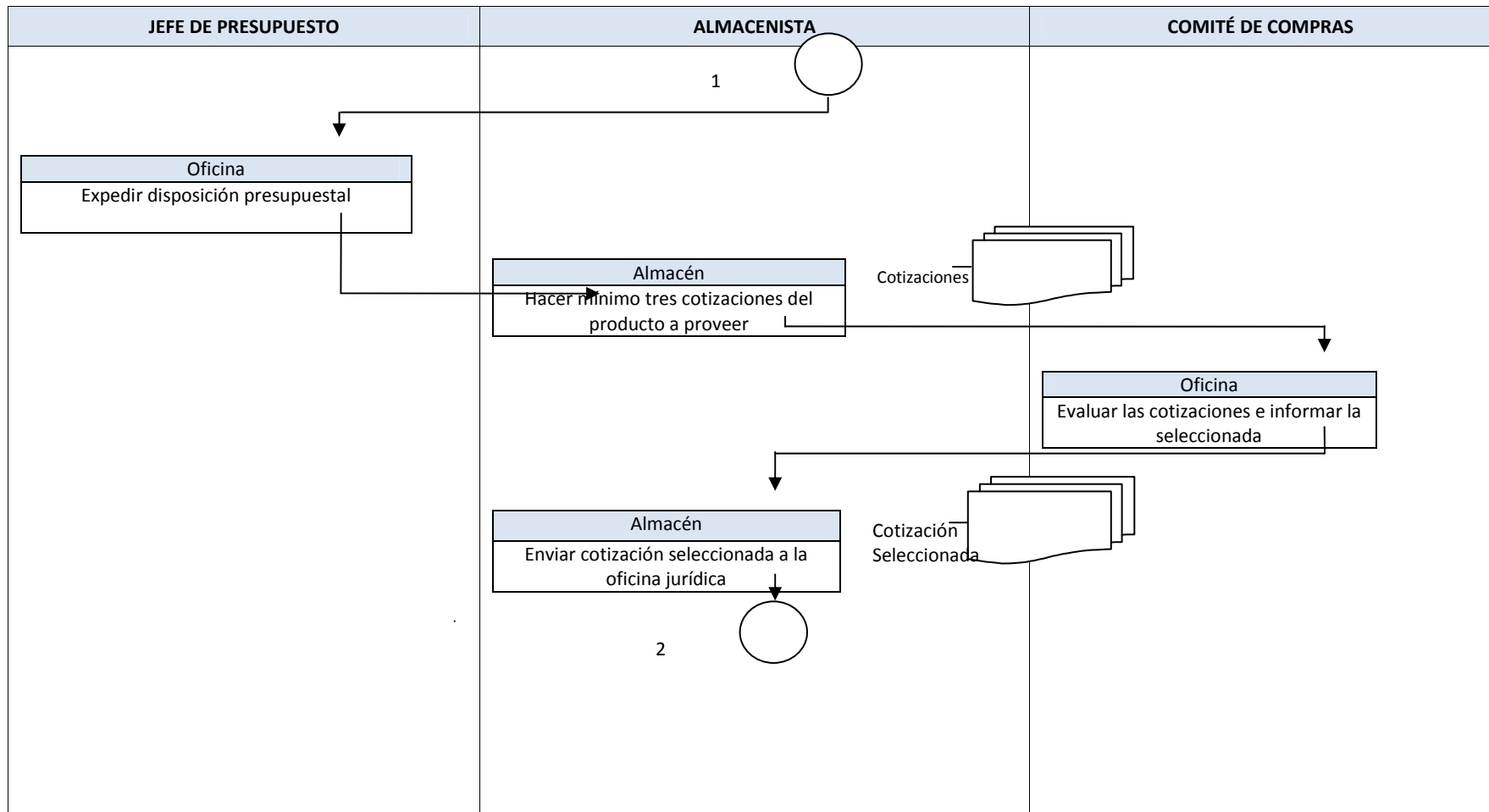


**6. PROCESOS DE APOYO**

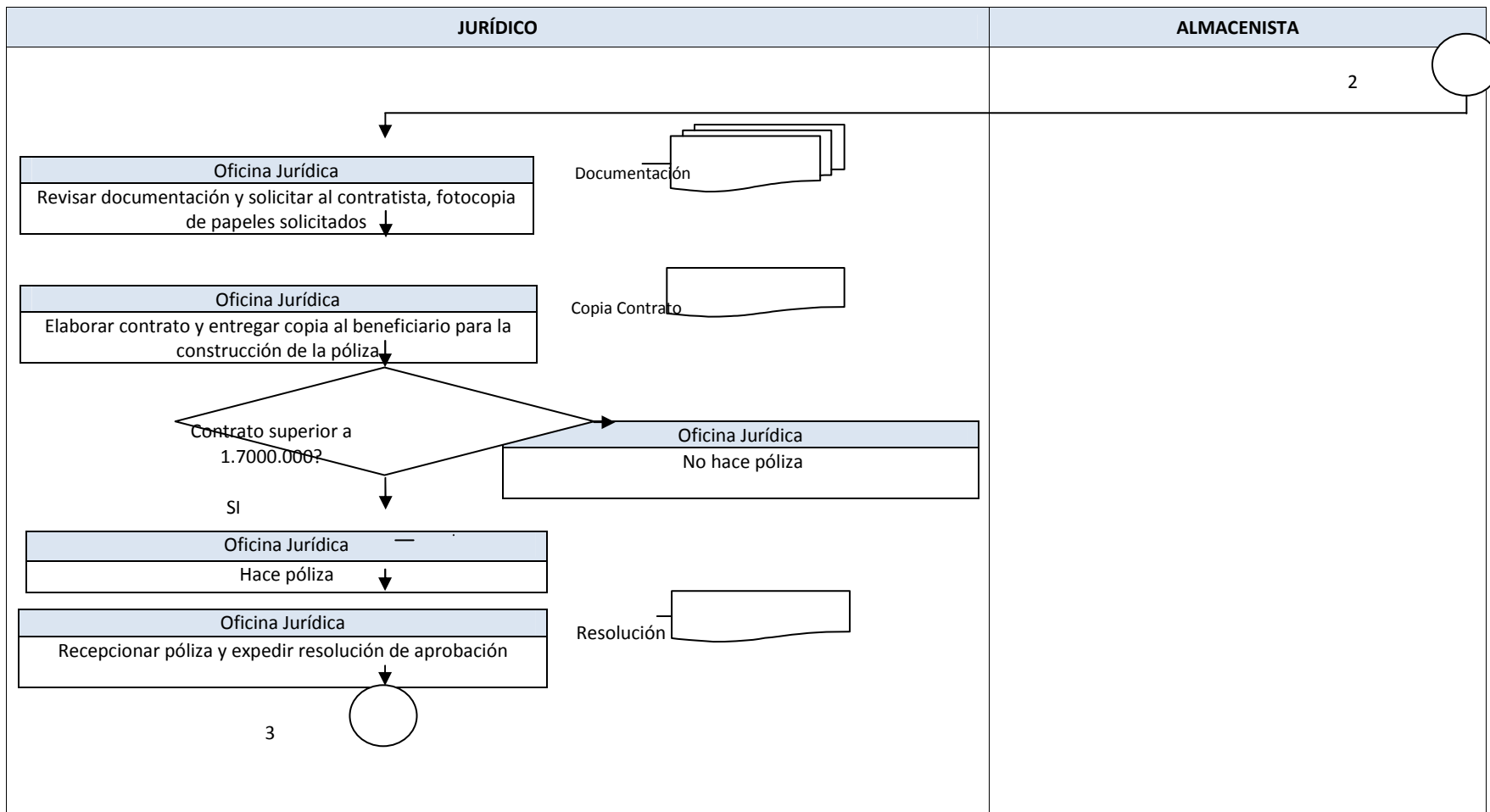
| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS  |  | REQUISITOS APLICABLES   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador de Punto</li> <li>• Almacenista</li> <li>• Jefe de Presupuesto</li> <li>• Comité de Compras y Servicios</li> <li>• Asesor Jurídico</li> </ul>   | <b>INTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contrato</li> <li>-Póliza</li> <li>-Disponibilidad Presupuestal</li> </ul>   | <b>EXTERNOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cotizaciones</li> <li>-Fotocopia de la Cédula</li> <li>-RUT</li> <li>-Cámara y Comercio (si aplica)</li> <li>-Pasado Judicial</li> <li>-Antecedentes Fiscales, y Disciplinarios</li> <li>-Aportes a Seguridad Social</li> </ul> | <b>NORMA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Principios NTCGP 1000:2004</li> <li>-Modelo NTCGP 100:2004</li> </ul> | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resolución de Aprobación de Póliza</li> <li>-Proceso de Contratación</li> <li>-Ley 80 de 1993 " Adquisición de bienes y servicios"</li> <li>-Decreto 2170 de 2002</li> <li>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Almacén</li> <li>• Oficina Jurídica</li> <li>• Oficina Financiera</li> <li>• Área de Archivo</li> <li>• Equipo de oficina</li> <li>• Computadores e impresora</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato para la selección de proveedores</li> <li>-Formato para la adquisición de bienes y servicios</li> </ul>   |  |   |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia técnica</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Limpieza e higiene</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato de entrada de elementos a almacén</li> <li>-Factura</li> <li>-Registro presupuestal</li> <li>-Cuenta de pago</li> <li>-Propuestas</li> <li>-Acta de inicio</li> <li>-Comprobante de pago</li> </ul> |  |   |   |
| <b>INDICADORES:</b><br>Compras a Crédito<br><hr/> Promedio Cuantas por Pagar<br><hr/> Adquisición Ejecutada (\$) <hr/> Adquisición Programada (\$)   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Conocer el como se esta manejando el crédito con proveedores.<br><br>Medir las compras ejecutadas.   |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  |   | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |



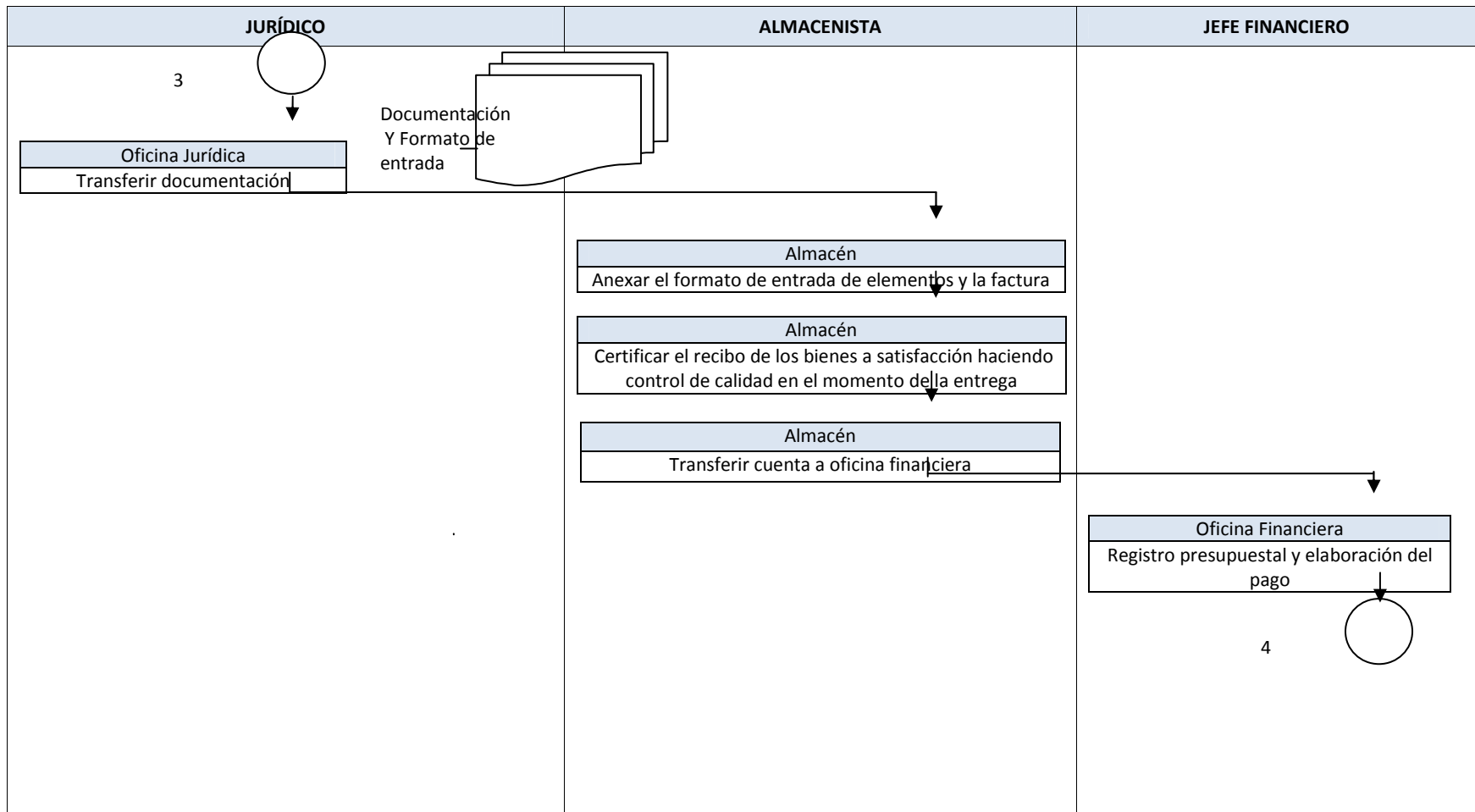
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO**



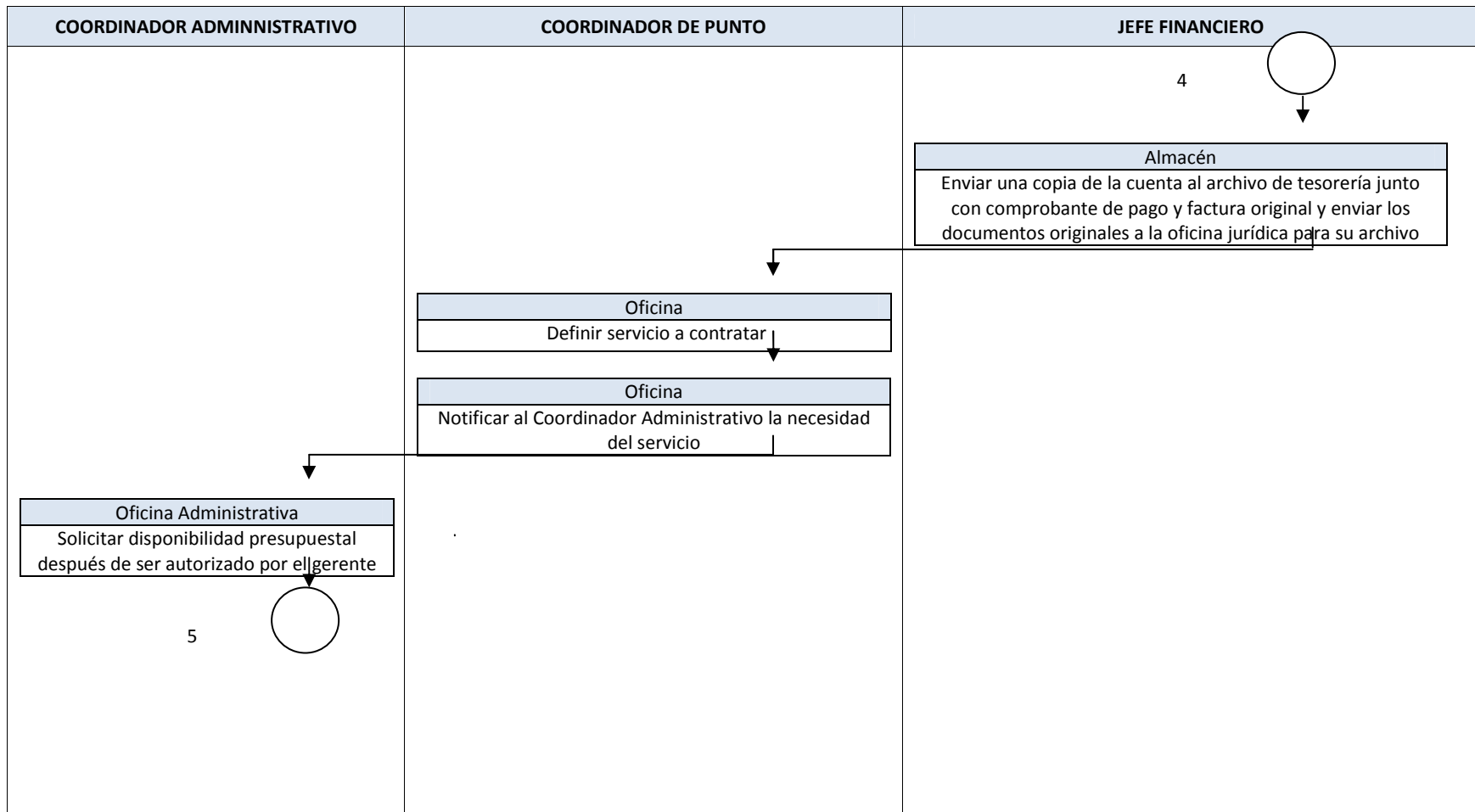
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO**



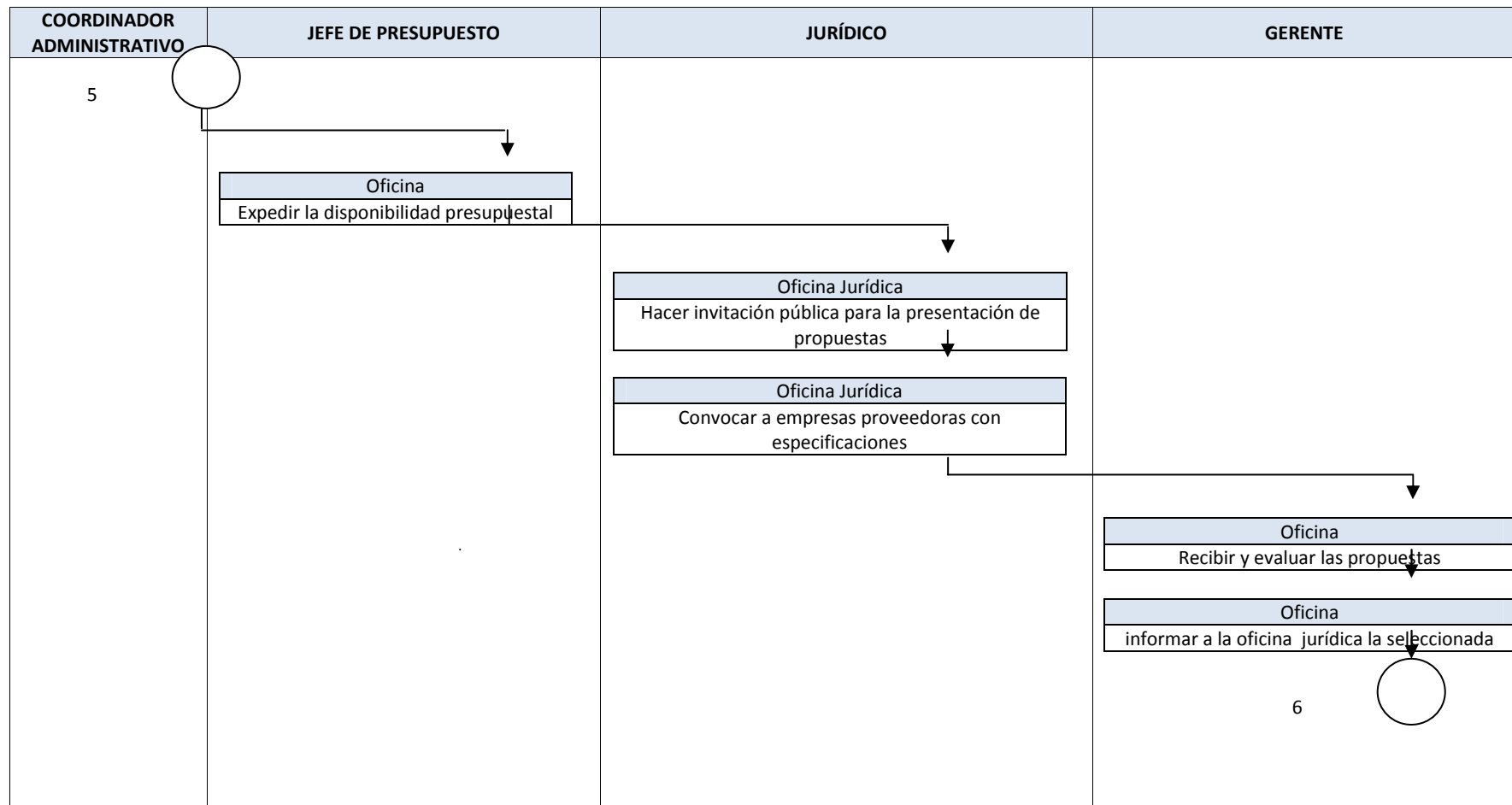
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO**

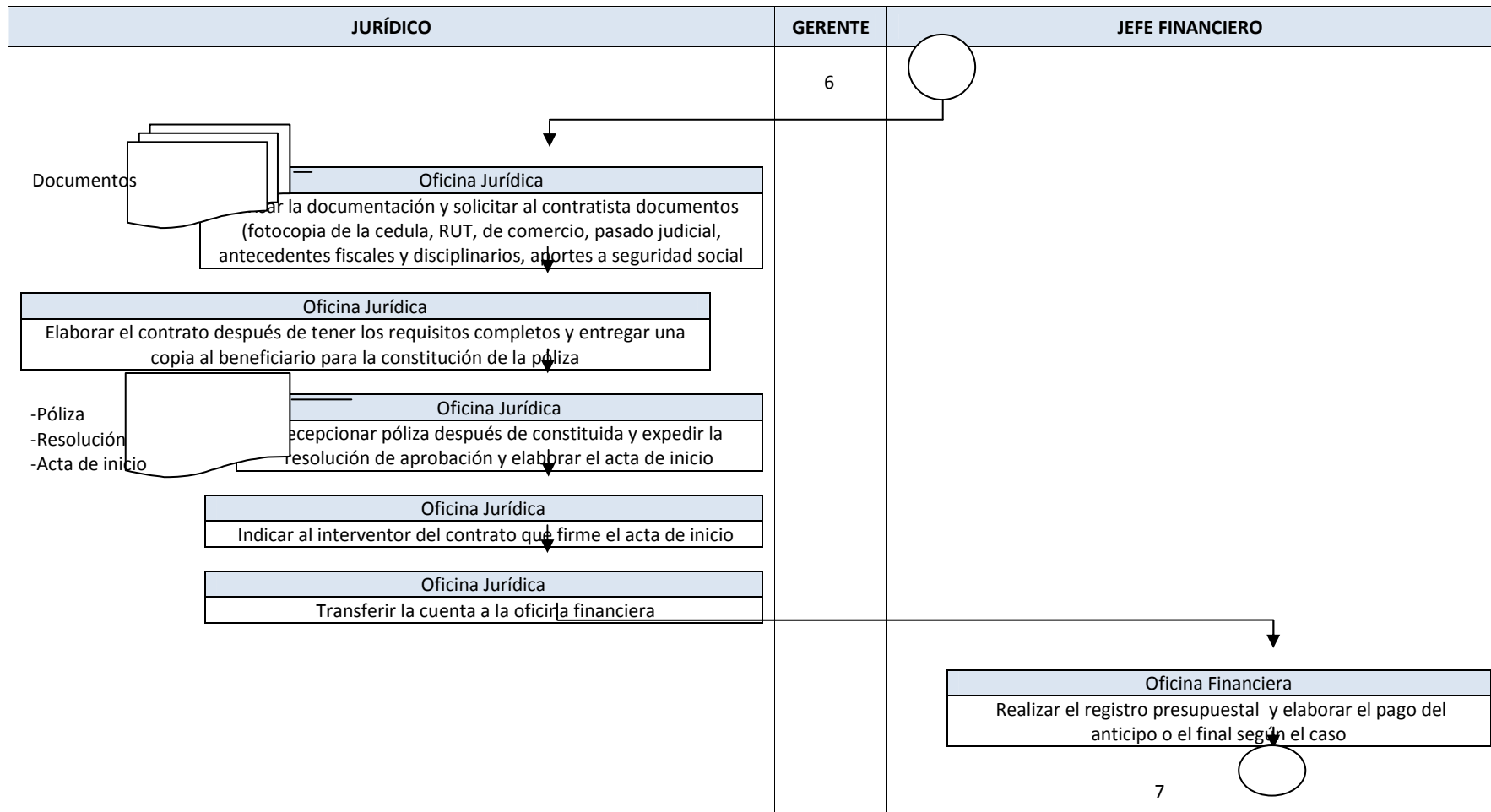


**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO**



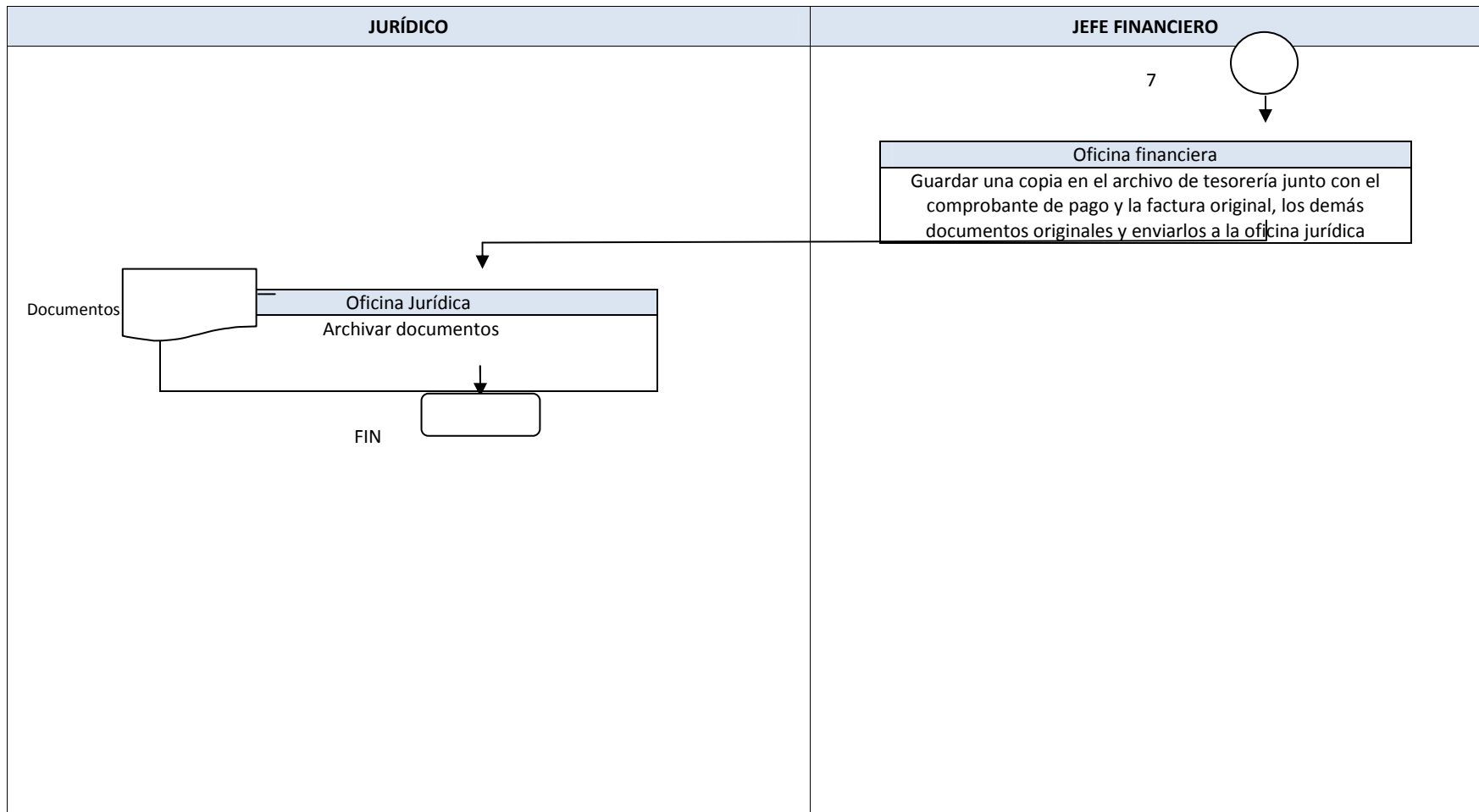
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO**







**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO**





**6. PROCESOS DE APOYO**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Gestión de Recursos Físicos</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Almacenamiento y Distribución   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Garantizar el almacenamiento, manejo, control y distribución de los insumos necesarios para la atención de los usuarios de la sede.     |
| <b>ALCANCE:</b>                    | La actividad inicia con el control de existencias y termina con el diligenciamiento de las planillas de control de entradas de insumos. |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Almacenista   |

| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   | SALIDAS                      | CLIENTES  |
|---|--|---|------------------------------|---|
| -Estado<br><br>-Procesos misionales<br><br>-Comunidad<br><br>-Planificación estratégica<br><br>-Seguimiento y control<br><br>-Proceso de mejoramiento continuo<br><br>-Gestión Financiera<br><br>-Gestión del Talento Humano<br><br>-Control interno<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Plan de compras<br><br>-Factura<br><br>-Actas y planillas de control de entradas de insumos<br><br>-Proveedores | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actividades del control de existencias.</li> <li>2. Solicitar listado de existencias.</li> <li>3. Coordinar por lo menos con dos días de antelación con la empresa proveedora el día y la hora en la cual se hará la entrega de los insumos.</li> <li>4. Recepción física de los insumos.</li> <li>5. Revisar la documentación en original y copia: factura, documento contractual, cotización y demás documentos legales.</li> <li>6. Elaborar el comprobante de ingreso en el sistema, anotando fecha y hora de recibo.</li> <li>7. Verificar que los insumos comprados cumplan con las especificaciones pedidas en la orden de compra.</li> <li>8. Levantar acta de recibo a satisfacción firmada por quienes en ello intervienen.</li> <li>9. Elaborar y firmar el comprobante de ingreso, una vez aceptado.</li> <li>10. Almacenamiento de los elementos recibidos en físicos.</li> <li>11. Identificar y organizar los elementos, verificar la cantidad y estado de los insumos.</li> <li>12. Clasificar la mercancía y almacenar, de acuerdo con las características de los elementos.</li> <li>13. Ubicar la mercancía en el estante correspondiente.</li> <li>14. Anotar en las planillas de control de entradas de insumos, colocando fecha de ingreso, nombre, unidad de medida, código, fecha de vencimiento, cantidad ingresada y egresada.</li> <li>15. Surtir puestos y stop de medicamentos a urgencias, hospitalización y loncheras de ambulancias.</li> </ol> | -Recepción de bienes físicos | -Procesos estratégicos, misionales y de apoyo<br><br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial |

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

**6. PROCESOS DE APOYO**

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |                  | REQUISITOS APLICABLES  |  |
|--|--|------------------|--|--|
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Almacenista</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b><br>-Actas y planillas de control de entradas de insumos | <b>EXTERNOS:</b> | <b>NORMA:</b><br>-Principios NTCGP 1000:2004<br><br>-Modelo NTCGP 100:2004 | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud" |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Almacén</li> </ul>  |  |                  |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Orientación a resultados</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia técnica</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación eficaz</li> <li>Manejo de información</li> <li>Iluminación</li> <li>Limpieza e higiene</li> </ul> |  |                  |  |  |

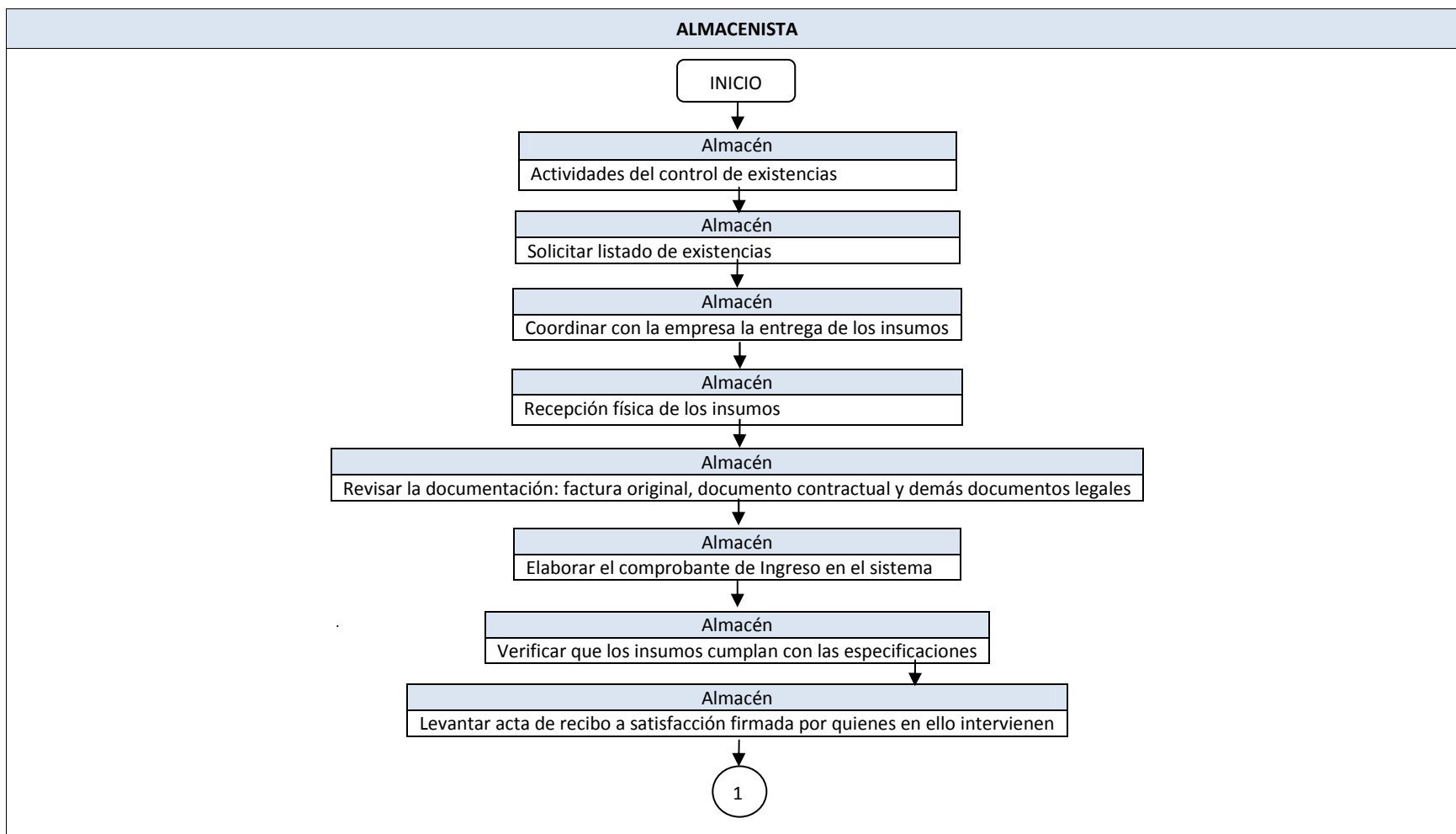
| INDICADORES:   | INTERPRETACIÓN:  |
|--|--|
| $\frac{\text{No. de Insumos Requeridos en Urgencias}}{\text{No. Total de Insumos}} \times 100$       | Medir en promedio cuadro consumo de cada una de las instancias de la sede. |
| $\frac{\text{No. de Insumos Requeridos en Hospitalización}}{\text{No. Total de Insumos}} \times 100$ |  |
| $\frac{\text{No. de Insumos Requeridos en Farmacia}}{\text{No. Total ee Insumos}} \times 100$        |  |
| $\frac{\text{No. ee Insumos Requeridos en Ambulancia}}{\text{No. Total de Insumos}} \times 100$      |  |

**FORMATOS**

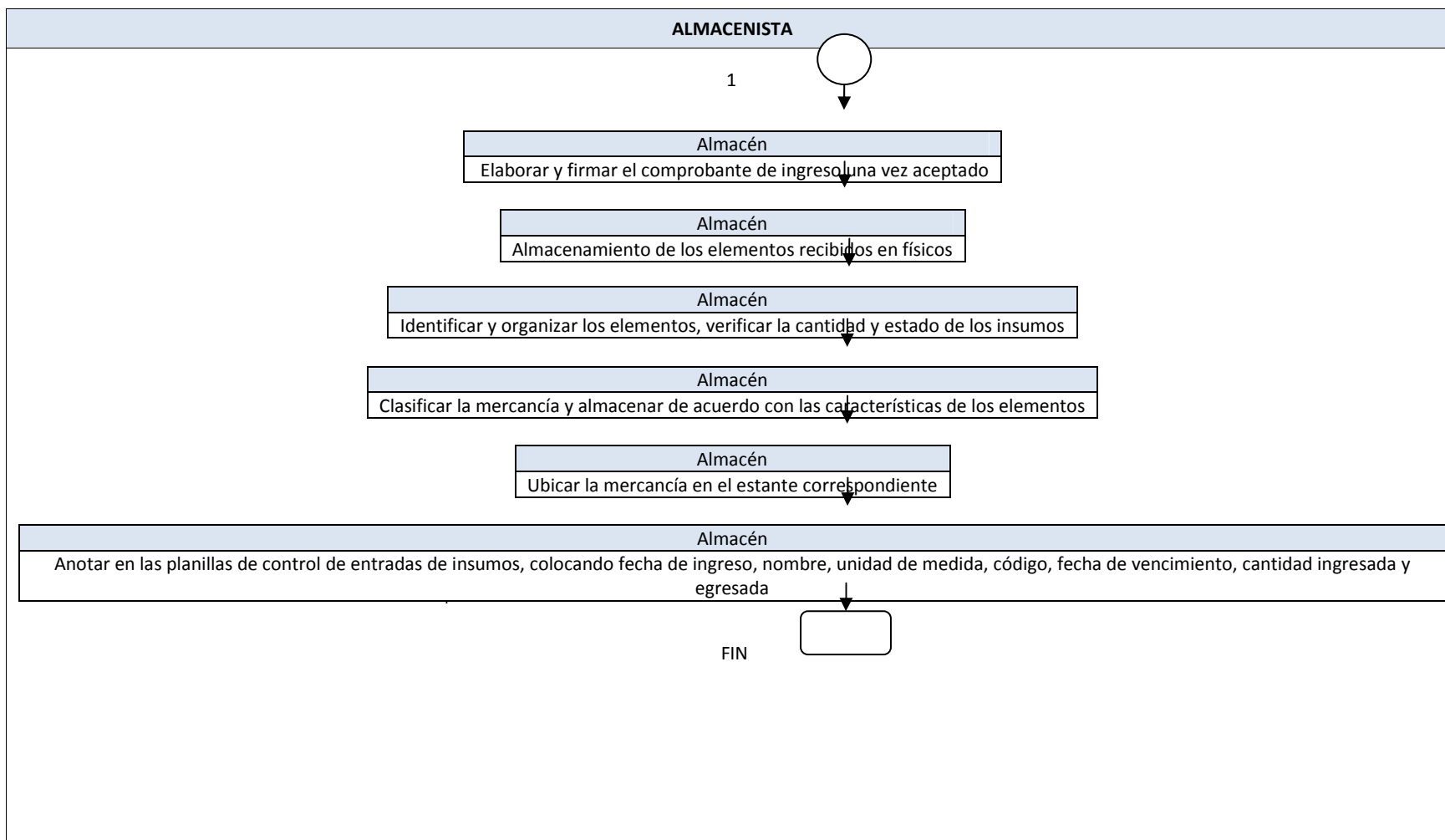
**Entrega de Medicamentos**


| Nombre Medicamento | Cantidad | Fecha Vencimiento | Lote | Laboratorio | Persona Encargada |
|--------------------|----------|-------------------|------|-------------|-------------------|
|                    |          |                   |      |             |                   |
|                    |          |                   |      |             |                   |

| ELABORÓ:   | REVISÓ:  | APROBÓ:                             |
|--|--|-------------------------------------|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN**



|   |  |   |                  |  |
|---|--|---|------------------|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141372-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   |                  | <b>Código:<br/>PR47A05</b>   |
|   |  |   |                  | <b>Edición: 01</b>   |
|   | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>  |   |                  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |
|   |  |   |                  | <b>Página: 247 de 281</b>  |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión de Recursos Físicos</b>   |   |                  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Administración de Inventarios y Activos Fijos  |   |                  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Administrar integralmente el uso adecuado de los bienes e insumos médicos de la sede.  |   |                  |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la elaboración de consumo promedios mensuales de insumos y activos fijos y termina con las estadísticas de la información. |   |                  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Almacenista  |   |                  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |
| -Estado<br>-Procesos misionales<br>-Planificación estratégica<br>-Proceso de mejoramiento continuo<br>-Gestión Financiera<br>-Gestión del Talento Humano<br>-Control interno<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Información de los elementos requeridos en cada área<br>-Seguimiento y control  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar la disposición de los insumos y materiales necesarios para la atención y desempeño en consulta externa, urgencias, hospitalización y salidas extramurales.</li> <li>2. Elaboración de consumo promedios mensuales de insumos, medicamentos y bienes.</li> <li>3. Requerimientos de Insumos y bienes de acuerdo a las necesidades.</li> <li>4. Manejo de insumos de baja rotación.</li> <li>5. Verificar medicamentos vencidos, si están vencidos se realiza acta y se envían a GESAN (Gestiones Ambientales).</li> <li>6. Reportar al almacén general el consumo promedio mensual de las unidades, así como las existencias a la fecha.</li> <li>7. Consolidar la información en kardex que contenga descripción, unidad de medida, existencias, consumo promedio mensual y cantidad a solicitar y verificar las existencias en el almacén general.</li> <li>8. Comunicar por medio de una solicitud, las necesidades para que inicien el proceso de adquisición.</li> <li>9. Registrar los faltantes, pérdidas, daños, deterioro o vencimientos de insumos y bienes.</li> <li>10. Estadísticas de la información.</li> </ol> | -Plan de compras | -Procesos estratégicos, misionales y de apoyo<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Vinculados, Identificados, Particulares y Atención Especial |
| <b>RECURSOS</b>   |  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |                  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Almacenista</li> <li>• Enfermero</li> <li>• Auxiliar de Farmacia</li> </ul>  |  | <b>INTERNOS:</b><br>-Kardex   | <b>EXTERNOS:</b> | <b>NORMA:</b><br>-Principios NTCGP 1000:2004<br>-Modelo NTCGP 100:2004   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Urgencias</li> <li>• Área de Hospitalización</li> <li>• Área de Farmacia</li> <li>• Área de Almacén</li> </ul>   |  |   |                  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001 "Ley de competencias y recursos para salud"   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |  | <b>REVISÓ:</b>  |                  | <b>APROBÓ:</b>   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |                  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |

**6. PROCESOS DE APOYO**

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS |   | REQUISITOS APLICABLES |                                  |
|--|----------------------|---|-----------------------|----------------------------------|
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia técnica</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Limpieza e higiene</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b>     | <b>EXTERNOS:</b>  | <b>NORMA:</b>         | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> |
| <b>INDICADORES:</b><br><u>Costo de Insumos y Materiales Consumidos</u><br>Inventario Promedio de Insumos y Materiales  |                      | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Rotación de inventario de insumos y materiales. |                       |                                  |

**FORMATOS**

**Formato Inventario de Medicamentos**

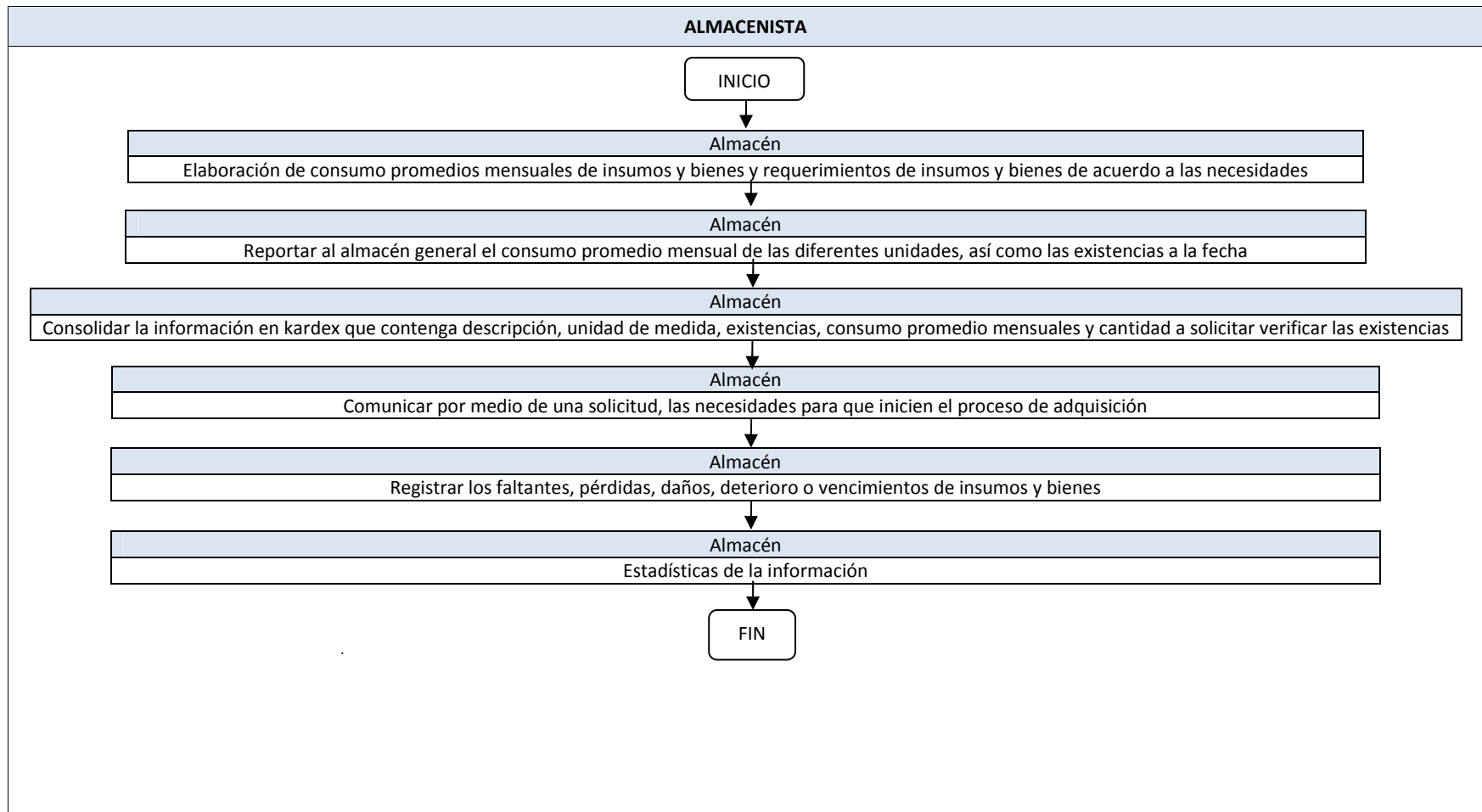
| Medicamento | Cantidad Entregada | Fecha de Vencimiento | Cantidad Recibida |
|-------------|--------------------|----------------------|-------------------|
|             |                    |                      |                   |
|             |                    |                      |                   |

Firma \_\_\_\_\_

**Formato Medicamentos Vencidos**

| Cantidad | Presentación | Medicamento | Fecha Vencimiento |
|----------|--------------|-------------|-------------------|
|          |              |             |                   |
|          |              |             |                   |

| ELABORO:   | REVISO:  | APROBO:                             |
|--|--|-------------------------------------|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |





**6. PROCESOS DE APOYO**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Gestión de Instalaciones</b>   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Adecuación de Estructura  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Contar con una estructura en óptimas condiciones físicas para brindar un servicio de salud de calidad y garantizar así la seguridad de los pacientes y del personal que administra y utiliza los recursos físicos de la sede. |
| <b>ALCANCE:</b>                    | La actividad inicia con el mantenimiento de las instalaciones de la sede y finaliza con las adecuaciones y servicios hechos en la sede.   |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Jefe de Mantenimiento   |

| PROVEEDORES   | ENTRADAS  | ACTIVIDADES  | SALIDAS  | CLIENTES   |
|---|---|--|--|--|
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Gestión de instalaciones<br>-Ministerio de Salud<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Planes de mantenimiento correctivo, preventivo y continuo<br>-Vida útil de su infraestructura de servicios e instalaciones técnicas<br>-Reglamentos para uso de estructura | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un estudio de la estructura de la sede.</li> <li>2. Recibir solicitudes de las diferentes actividades de mantenimiento de las instalaciones de la sede (instalaciones físicas, redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales, áreas adyacentes a las edificaciones, entre otras).</li> <li>3. Atender y registrar los requerimientos de los servicios de plomería, electricidad, carpintería y albañilería que se presenten en las diferentes dependencias de la sede.</li> <li>4. Entregar solicitudes al jefe de mantenimiento o responsable.</li> <li>5. Solicitar cotizaciones del trabajo a realizar.</li> <li>6. Evaluar y elegir cotización.</li> <li>7. Elaborar contrato de obra.</li> <li>8. Ordenar giro.</li> <li>9. Realizar trabajo en el área correspondiente de las instalaciones de la sede, requeridos por las dependencias de la misma.</li> <li>10. Supervisar trabajo.</li> <li>11. Entrega del trabajo terminado.</li> <li>12. Generar factura o cuenta de cobro.</li> <li>13. Envío de la factura o cuenta de cobro original al área financiera.</li> <li>14. Archivo de copia de factura o cuenta de cobro.</li> </ol> | -Instalaciones aptas para el funcionamiento de la sede<br>-Planes de mejoramiento de la estructura física de la sede<br>-Informes del estado de infraestructura actual | -Comunidad<br>-Superintendencia Nacional de Salud<br>-Procesos estratégicos, misionales y de apoyo<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial |

**ELABORÓ:**

Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

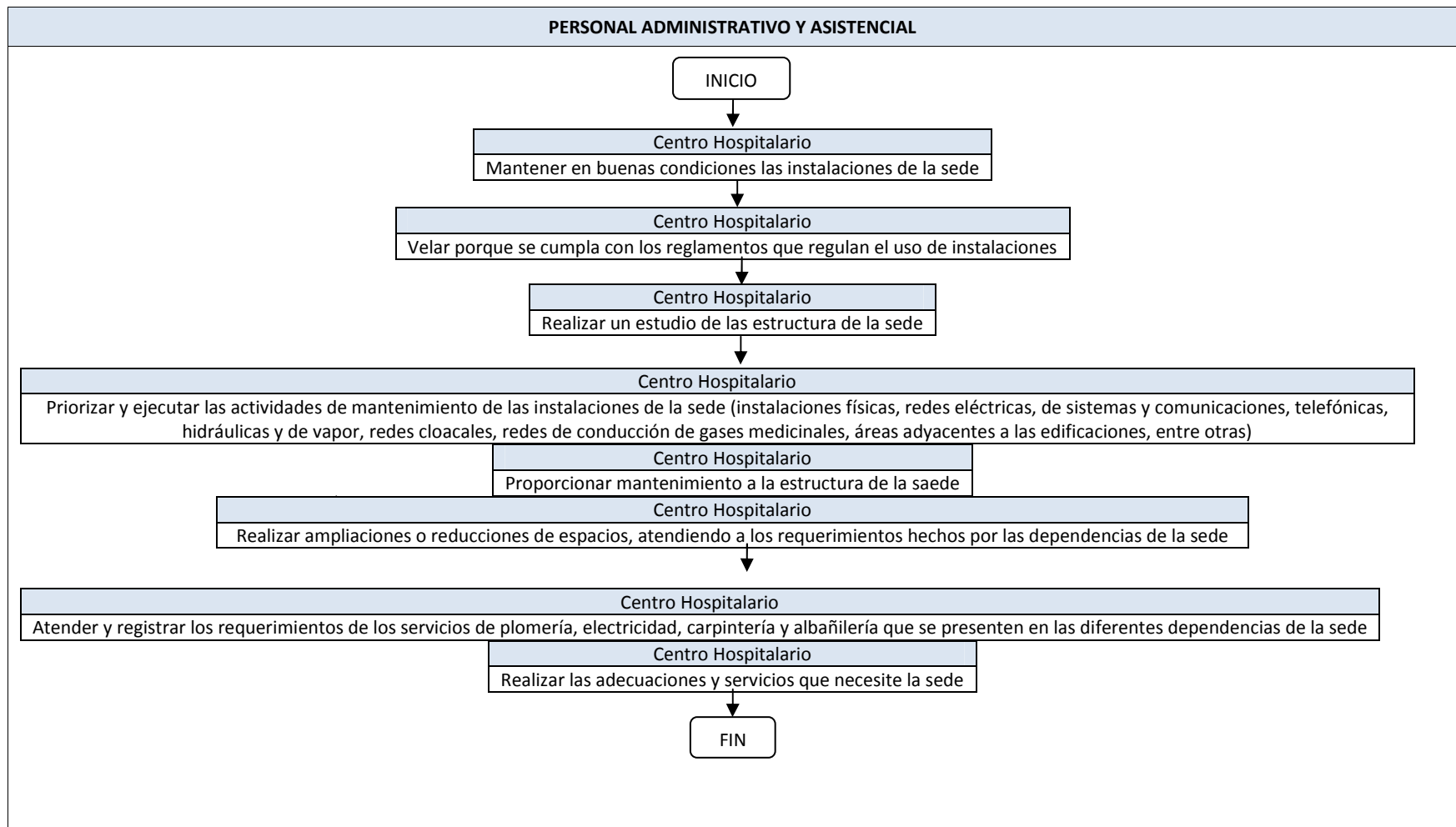
**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141372-9</p>  | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |   | <b>Código:<br/>PR48A06</b>   |  |   |
|   |   |   | <b>Edición: 01</b>   |  |   |
|   | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>                                       |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b><br><b>Página: 251 de 281</b>                            |  |   |
| <b>RECURSOS</b>   |   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                     |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personal Administrativo</li> <li>Personal Asistencial</li> </ul>   |   | <b>INTERNOS:</b><br>-Actas de actividades realizadas en la sede | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b><br>-Principios NTCGP 1000:2004<br><br>-Modelo NTCGP 100:2004 | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Decreto 1769 de 1994 y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995, el cual reglamentó El Artículo 189 de la Ley 100 de 1993 sobre el Mantenimiento Hospitalario<br><br>-El Decreto 2174 de 1996, por el cual se organiza el Sistema de Garantía de Calidad, establece en su artículo 3 las características de la calidad, una de las cuales es la disponibilidad y suficiencia de recursos, calidad que depende en buena medida de la realización del mantenimiento hospitalario<br><br>-Artículo 7o, Decreto 1769 de 1994<br><br>-Artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria<br><br>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud " |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de facturación/archivo</li> <li>Área de medicina general/odontología</li> <li>Área de urgencias</li> <li>Área de hospitalización</li> <li>Área de apoyo diagnóstico</li> <li>Área de aseo</li> </ul>  |   |   |  |  |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Experiencia técnica</li> <li>Adaptación al cambio</li> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Comunicación eficaz</li> <li>Manejo de información</li> <li>Iluminación</li> <li>Limpieza e higiene</li> <li>Conservación de la estructura</li> </ul> |   |   |  |  |   |
| <b>INDICADORES:</b><br><u>Costo de la Adecuación de Estructura</u><br><br>Vida Útil   |   |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br><br>Relación de costo y la vida útil de la estructura. |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>   |   | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas  |   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |



**6. PROCESOS DE APOYO**

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Gestión de Instalaciones</b>  |   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Planta Física y Equipos Médicos y Tecnológicos  |   |   |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Velar por el mantenimiento de la planta física, equipos médicos y tecnológicos de la sede, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud al usuario.  |   |   |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la necesidad de invertir en el plan de mantenimiento preventivo y correctivo y termina con la evaluación del plan de mantenimiento de la planta física, equipos médicos y tecnológicos.  |   |   |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Jefe de Mantenimiento  |   |   |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>  |
| -Gestión Financiera<br><br>-Planeación Estratégica<br><br>-Seguimiento y Control<br><br>-Gestión del Talento Humano<br><br>-Estado<br><br>-Ministerio de Salud<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud | -Recursos Económicos<br><br>-Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo<br><br>-Plan de Desarrollo de la Entidad<br><br>-Políticas de Calidad<br><br>-Plan de Gestión<br><br>-Evaluación y Control<br><br>-Solicitud o Necesidad del Servicio de Mantenimiento<br><br>-Personal Competente y Calificado | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento de Inversión en mantenimiento preventivo.</li> <li>2. Contratación directa de mantenimiento.</li> <li>3. Si es mantenimiento preventivo seguir con el paso 4, si es mantenimiento correctivo continuar con el paso 10.</li> <li>4. Cronograma de visitas de mantenimiento preventivo.</li> <li>5. Revisión de planta física (instalaciones físicas, redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales, áreas adyacentes a las edificaciones, entre otras).</li> <li>6. Revisión de equipos médicos y tecnológicos (aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas o mecánicas, los muebles para uso administrativo y para uso asistenciales, los equipos de comunicaciones e informática, equipos de cómputo, centrales telefónicas, equipos de radiocomunicaciones, equipos para el procesamiento, reproducción y transcripción de información y otros equipos de comunicaciones e informática).</li> <li>7. Revisión de mantenimiento de dotación (equipo industrial de uso hospitalario, plantas eléctricas, equipos de lavandería y cocina, calderas, bombas de agua, autoclaves y equipos de esterilización, equipos de refrigeración y aire acondicionado, equipos relacionados con servicios de</li> </ol> | -Disponibilidad de recursos<br><br>-Atención a la solicitud<br><br>-Información sobre la situación de la planta física, equipos médicos y tecnológicos<br><br>-Bienes entregados y disponibles para su uso<br><br>-Actas, informes y registros<br><br>- Acciones correctivas preventivas y de mejora<br><br>-Plan de mantenimiento preventivo y correctivo actual | - Comunidad<br><br>-Funcionarios de la sede<br><br>-Superintendencia Nacional de Salud |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   | <b>APROBÓ:</b>  |   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |  |

**6. PROCESOS DE APOYO**

| PROVEEDORES  | ENTRADAS | ACTIVIDADES  |  |  | SALIDAS   |
|--|----------|--|--|--|---|
|  |          | <p>apoyo hospitalario, otros equipos industriales y equipos de seguridad).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Verificación y pruebas de funcionamiento de planta física, equipos médicos y tecnológicos.</li> <li>9. Si el equipo médico y tecnológico tiene que salir, se envía con acta de salida dirigido a biomédicos de occidente.</li> <li>10. Limpieza y ajustes a planta física (adecuación de estructura), equipos médicos y tecnológicos)</li> <li>11. Recibir solicitud de mantenimiento correctivo de planta física, de dotación o equipos médicos y tecnológicos.</li> <li>12. Diagnosticar el daño.</li> <li>13. Solicitar cotización.</li> <li>14. Elaborar orden de trabajo, autorización de salida de equipos o adecuación de planta física.</li> <li>15. Realizar trabajo.</li> <li>16. Recibir equipo reparado o planta física reparada.</li> <li>17. Registrar recibo de reparación en el libro de control.</li> <li>18. Entregar la planta física o equipo al servicio.</li> <li>19. Enviar factura o cuenta de cobro al área financiera para su giro.</li> <li>20. Evaluación del plan de mantenimiento preventivo y correctivo.</li> </ol> |  |  |   |
| RECURSOS   |          | DOCUMENTOS ASOCIADOS   | REQUISITOS APLICABLES  |  |   |
| <p><b>HUMANOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar Administrativo</li> <li>• Personal de Mantenimiento</li> <li>• Personal de Servicios</li> </ul>   |          | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan de mantenimiento preventivo y correctivo</li> <li>-Actas de realización de visitas de mantenimiento preventivo y correctivo</li> <li>-Formato mantenimiento de infraestructura en la sede</li> <li>-Hoja de vida de los equipos</li> </ul>  | <p><b>EXTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos de desinfección y esterilización de instrumental de consultorio, endoscopios rígidos</li> </ul> | <p><b>NORMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Artículo 7o, Decreto 1769 de 1994</li> <li>-Artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados a mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria</li> </ul> | <p><b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decreto 1769 de 1994 y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995 sobre el Mantenimiento Hospitalario</li> <li>-El Decreto 2174 de 1996, por el cual se organiza el Sistema de Garantía de Calidad, establece en su artículo 3 las características de la calidad del mantenimiento hospitalario</li> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |
| <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos de oficina</li> <li>• Instalaciones de la sede</li> </ul>  |          |  |  |  |   |
| <p><b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario</li> <li>• Orientación a resultados</li> <li>• Transparencia y compromiso</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Experiencia técnica</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Limpieza e higiene</li> <li>• Inspección y vigilancia</li> </ul> |          |  |  |  |   |
| <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>No. de Equipos Médicos y Tecnológicos Dañados</p> <hr/> <p>No. Total de Equipos Médicos y Tecnológicos</p> <p>No. de Áreas y Vías de Acceso para Corregir</p> <hr/> <p>No. Total de Áreas y Vías de Acceso de la Entidad</p>   |          |  | <p><b>INTERPRETACIÓN:</b></p> <p>Medir el número de quipos médicos y tecnológicos y planta física de la sede en buen estado y mal estado.</p>                              |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  |          | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas   |          | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |

**FORMATOS**

**Hoja de Vida de Equipos Biomédicos**

|  |                    |                             |            |
|--|--------------------|-----------------------------|------------|
| <b>Nombre del Equipo</b>                         |                    | <b>Forma de adquisición</b> |            |
| <b>Marca</b>                                     | <b>Serie</b>       | <b>Modelo</b>               | <b>Año</b> |
| <b>Descripción específica del equipo:</b>        |                    |                             |            |
| <b>Ubicación en el servicio de:</b>              |                    |                             |            |
| <b>Personal que lo maneja:</b>                   |                    |                             |            |
| <b>Programación de Mantenimiento Preventivo:</b> |                    |                             |            |
| <b>Fecha</b>                                     | <b>Actividades</b> | <b>Nombre y Firma</b>       |            |
| <b>Indicadores de Mantenimiento Correctivo:</b>  |                    |                             |            |
| <b>Fecha</b>                                     | <b>Actividades</b> | <b>Nombre y Firma</b>       |            |

**Formato Para la Elaboración del Plan de Mantenimiento.**

**Nombre de la Institución** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Plan de Mantenimiento de** \_\_\_\_\_

| <b>Descripción</b> | <b>Localización</b> | <b>Nº de Inventario</b> | <b>Periodicidad</b> | <b>Fecha (D/M/A)</b> | <b>Responsable</b> | <b>Actividad</b> |
|--------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|------------------|
|                    |                     |                         |                     |                      |                    |                  |
|                    |                     |                         |                     |                      |                    |                  |
|                    |                     |                         |                     |                      |                    |                  |

**ELABORÓ:**

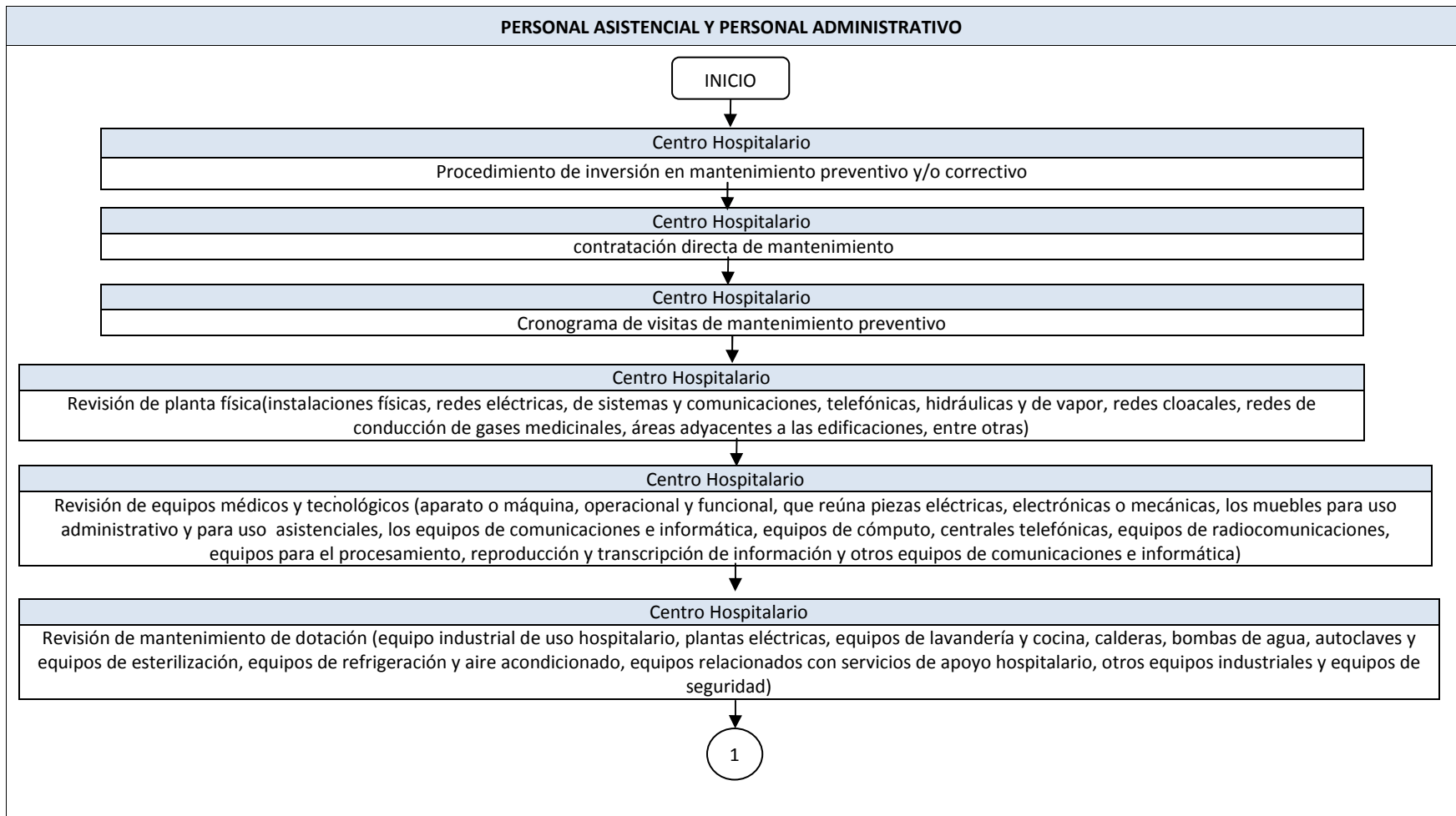
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantas Administración de Empresas

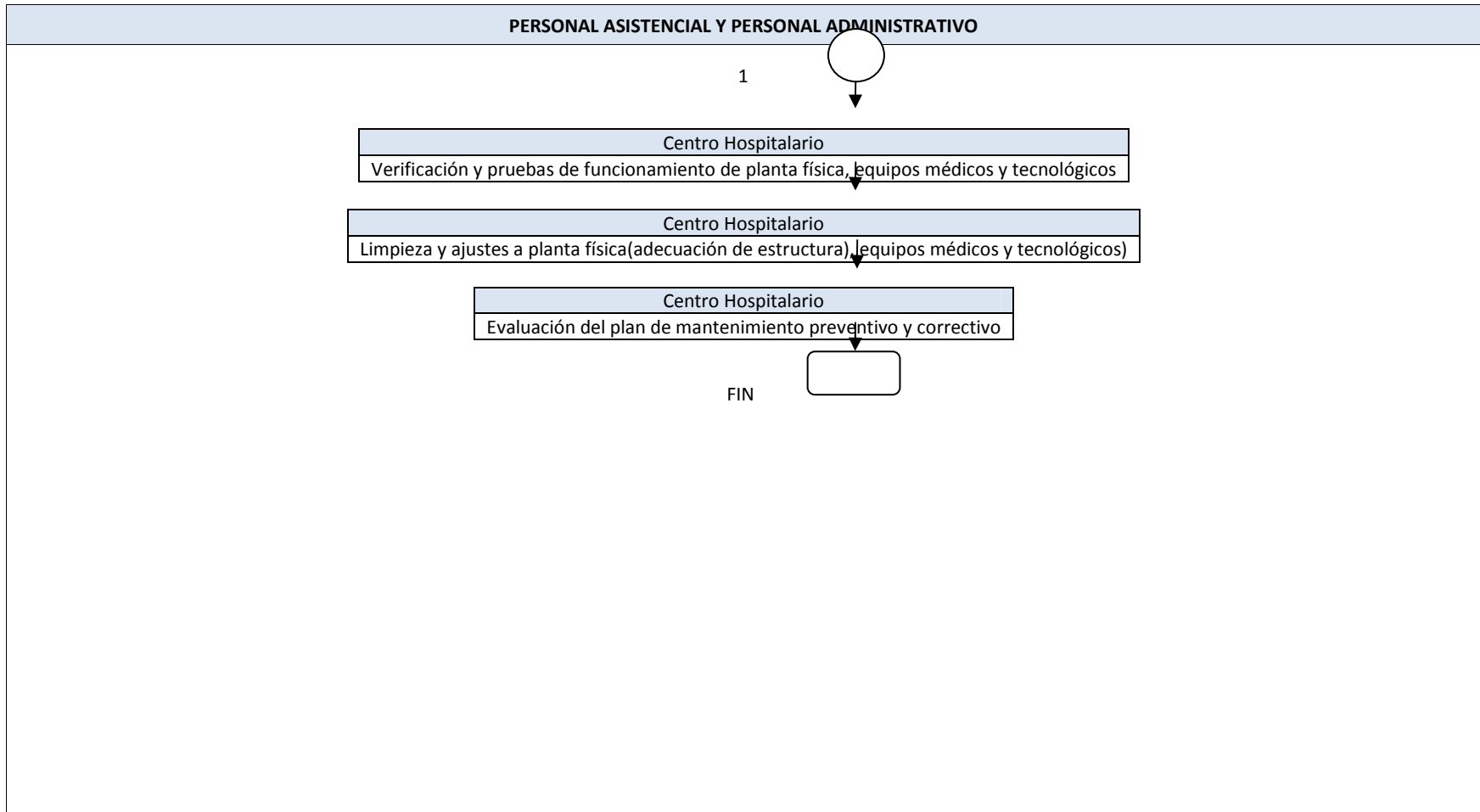
**REVISÓ:**

Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno


**APROBÓ:**

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente







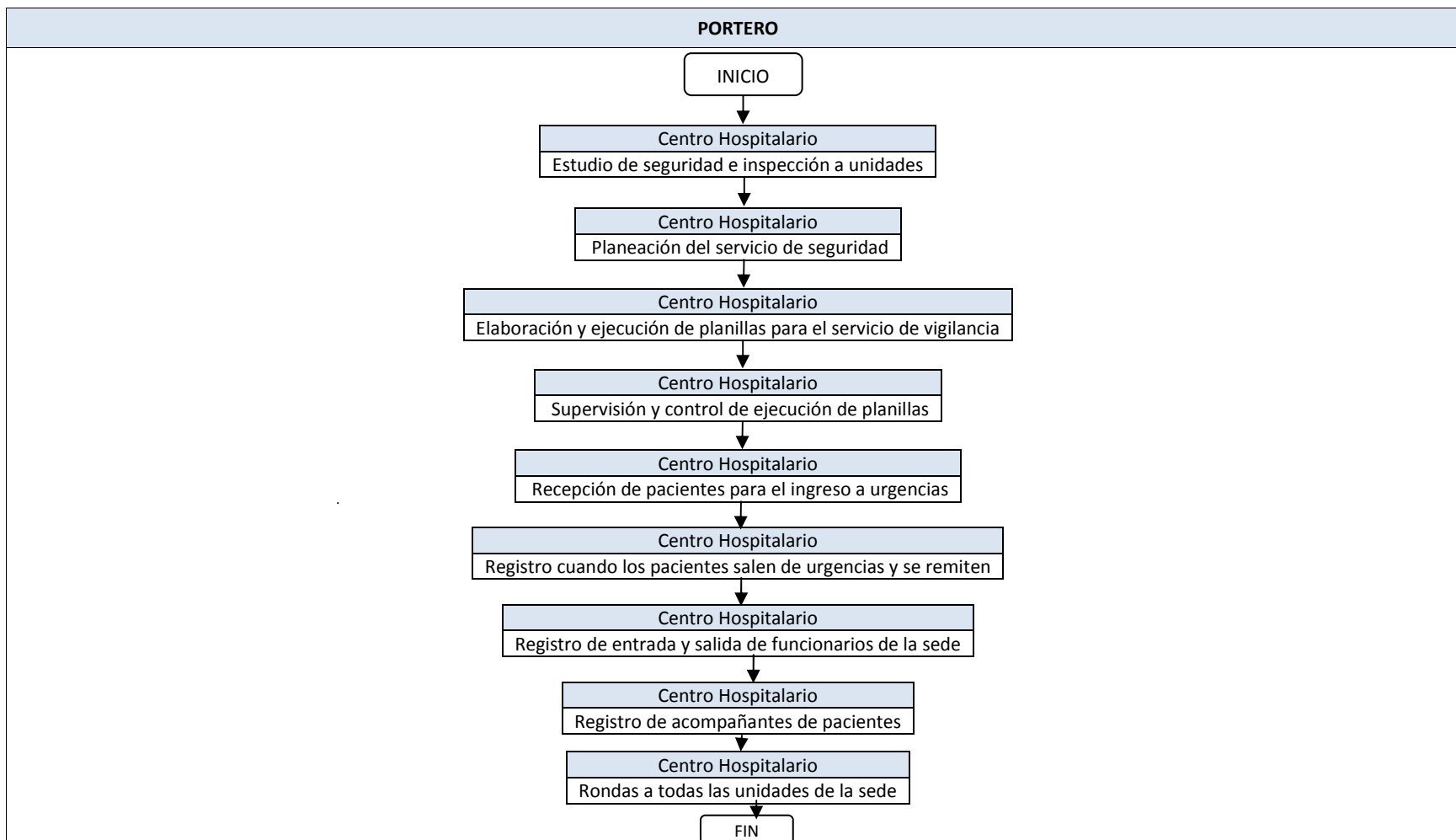
|  |  |   |  |   |   |
|--|--|---|--|---|---|
|   | <b>ESE SURORIENTE</b><br><b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>  |   | <b>Código:</b><br><b>PR50A08</b>   |   |   |
|  |  |   | <b>Edición: 01</b>   |   |   |
| <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>  |  |   | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |   |
|  |  |   | <b>Página: 258 de 281</b>  |   |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Apoyo logístico en Sedes</b>  |   |  |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Vigilancia   |   |  |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Conservar y cuidar las instalaciones con sus equipos e implementos con el fin de velar por la tranquilidad de los funcionarios y los pacientes que se encuentran en la sede.                           |   |  |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | El procedimiento de vigilancia inicia con la inspección de las diferentes unidades de la sede y finaliza con el control de acompañantes de pacientes que se encuentran en urgencias u hospitalización. |   |  |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Jefe de Prestación del Servicio  |   |  |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Planeación estratégica<br>- Control y vigilancia<br>-Políticas de calidad<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social   | -Plan de seguridad e inspección<br>-Planillas de control<br>-Plan de remisiones<br>-Programa de mantenimiento de las armas, equipos e instalaciones  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio de seguridad e inspección a unidades.</li> <li>2. Planeación del servicio de seguridad.</li> <li>3. Elaboración y ejecución de planillas para el servicio de vigilancia.</li> <li>4. Supervisión y Control de ejecución de planillas.</li> <li>5. Recepción de pacientes para el ingreso a urgencias.</li> <li>6. Registro cuando los pacientes salen de urgencias y se remiten.</li> <li>7. Registro de entrada y salida de funcionarios de la sede.</li> <li>8. Registro de acompañantes de pacientes.</li> <li>9. Rondas a todas las unidades de la sede.</li> </ol> | -Diagnóstico del estudio de seguridad e inspección a unidades<br>-Planillas de control diligenciadas<br>-Control de entrada de personas a la sede<br>-Seguridad y tranquilidad de pacientes y funcionarios<br>-Diseño de servicios en función de la satisfacción del usuario | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.<br>-Funcionarios de la sede |   |
| <b>RECURSOS</b>  |  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portero</li> <li>• Personal Administrativo</li> <li>• Personal Asistencial</li> </ul> <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área Administrativa</li> <li>• Área Asistencial</li> </ul> |  | <b>INTERNOS:</b><br>-Planillas de Registro de entrada y salida de funcionarios y pacientes  | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b><br>-Principios NTCGP 1000:2004<br>-Modelo NTCGP 100:2004  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud" |
| <b>ELABORÓ:</b>  |  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |

**6. PROCESOS DE APOYO**

| RECURSOS   |                 | DOCUMENTOS ASOCIADOS   |  | REQUISITOS APLICABLES                                 |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----------------|--|--|---|----------------------------------|-------------|-----------------|---------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Limpieza e higiene</li> </ul> |                 | <b>INTERNOS:</b><br>-Planillas de registro de entrada y salida de funcionarios y pacientes | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b>   | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>INDICADORES:</b><br>No. Total De Eventos Adversos Detectados y Gestionados<br><hr/> No. Total de Eventos Adversos Detectados<br><hr/> No. de Funcionarios con Turno<br><hr/> No. Total de Funcionarios que Ingresan a la Entidad  |                 |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br><br>Proporción de vigilancia de eventos adversos.<br><br><br>Porcentaje de cumplimiento de turnos. |   |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>FORMATOS</b><br><br><b>Formato de Entradas y Salidas de Funcionarios</b>  |                 |  |  |   |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Funcionario</th> <th>Jornada Laboral</th> <th>No Asiste Por</th> <th>Observaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>   |                 |  |  |   |                                  | Funcionario | Jornada Laboral | No Asiste Por | Observaciones |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Funcionario  | Jornada Laboral | No Asiste Por  | Observaciones  |   |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                 |  |  |   |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                 |  |  |   |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b><br>Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  |                 | <b>REVISÓ:</b><br>Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                           |  | <b>APROBÓ:</b><br>Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |                                  |             |                 |               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |



DIAGRAMA PROCEDIMIENTO VIGILANCIA



**6. PROCESOS DE APOYO**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PROCESO:</b>                    | <b>Apoyo Logístico en Sedes</b>  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Servicios Generales  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Mantener en óptimas condiciones las instalaciones y ambientes físicos de la sede para la prestación de servicios de salud.   |
| <b>ALCANCE:</b>                    | El procedimiento de servicios generales inicia con tomar los implementos necesarios para realizar el aseo y finaliza con la entrega de basuras clasificadas al carro encargado de su transporte. |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Jefe de Prestación del Servicio  |

| PROVEEDORES   | ENTRADAS   | ACTIVIDADES   | SALIDAS   | CLIENTES  |
|---|--|---|---|---|
| -Plan de turnos<br>-Comunidad<br>-Protocolos de clasificación de basuras<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Control de aseo<br>-Cronograma de turnos<br>-Instalaciones de la sede de salud<br>-Horario de trabajo<br>-Implementos de aseo<br>-Ropa de cama<br>-Implementos de planchado<br>-Insumos de lavado<br>-Plan de revisión y cumplimiento | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llegar a la institución en la mañana y trasladarse al cuarto de aseo, ubicado en urgencias.</li> <li>2. Colocarse los guantes.</li> <li>3. Tomar los implementos de aseo (trapeador, escoba, recogedor, desinfectante y ambientador) y dirigirse al área administrativa.</li> <li>4. Realizar el aseo en esta área, incluyendo pasillos, ventanas y escritorios.</li> <li>5. Coger implementos y lavarlos.</li> <li>6. Trasladar los implementos de aseo al cuarto y guardarlos.</li> <li>7. Se traslada al cuarto para la realización de material.</li> <li>8. Tomar el material necesario.</li> <li>9. Realizar gasas, compresas y torundas.</li> <li>10. Almacenar el material realizado anteriormente.</li> <li>11. Trasladar el material al cuarto de esterilización.</li> <li>12. En la tarde nuevamente se traslada al cuarto de aseo, ubicado en urgencias.</li> <li>13. Colocarse los guantes.</li> <li>14. Tomar los implementos de aseo (trapeador, escoba, recogedor, desinfectante y ambientador, límpido y detergente) y se dirige al área de consulta externa y baños.</li> <li>15. Realizar el aseo en estas áreas, incluyendo pasillos y ventanas.</li> <li>16. Coger implementos y lavarlos.</li> <li>17. Trasladar los implementos de aseo (escoba y trapeador) a la parte de urgencias.</li> <li>18. Barrer y trapear urgencias.</li> <li>19. Barrer y trapear partos.</li> <li>20. Barrer y trapear el área de facturación, hospitalización y administrativa.</li> </ol> | -Área de urgencias limpias<br>-Área de consulta externa y baños limpios<br>-Área de hospitalización facturación y administrativa limpias<br>-Implementos de aseo limpios y guardados<br>-Material almacenado en el cuarto de esterilización listo<br>-Ropa de cama lavada y planchada<br>-Camas en disposición<br>-Clasificación de basuras<br>-Entrega de basuras al carro correspondiente | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>- Empleados de la sede |

**ELABORÓ:**


**REVISÓ:**

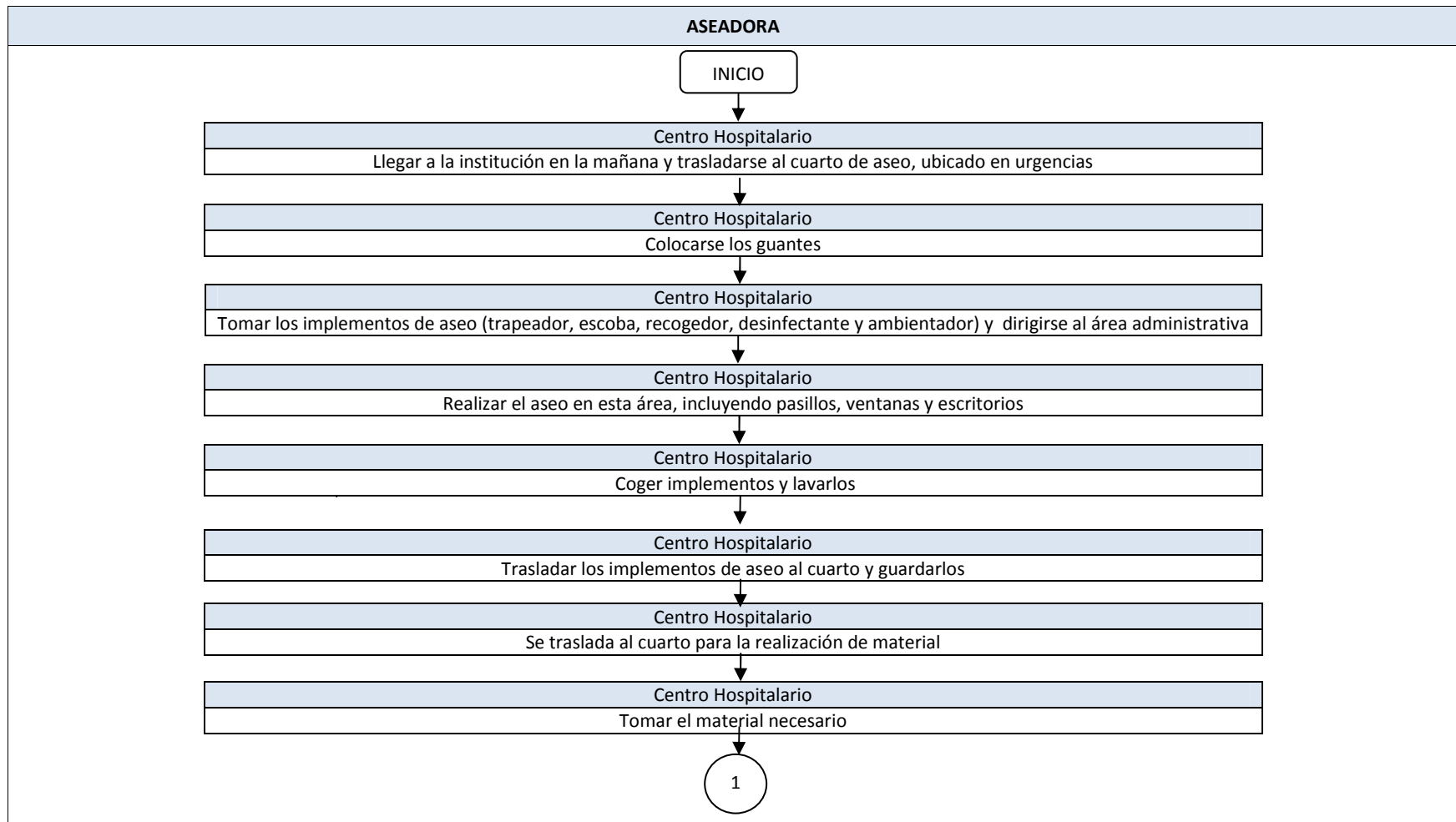
**APROBÓ:**

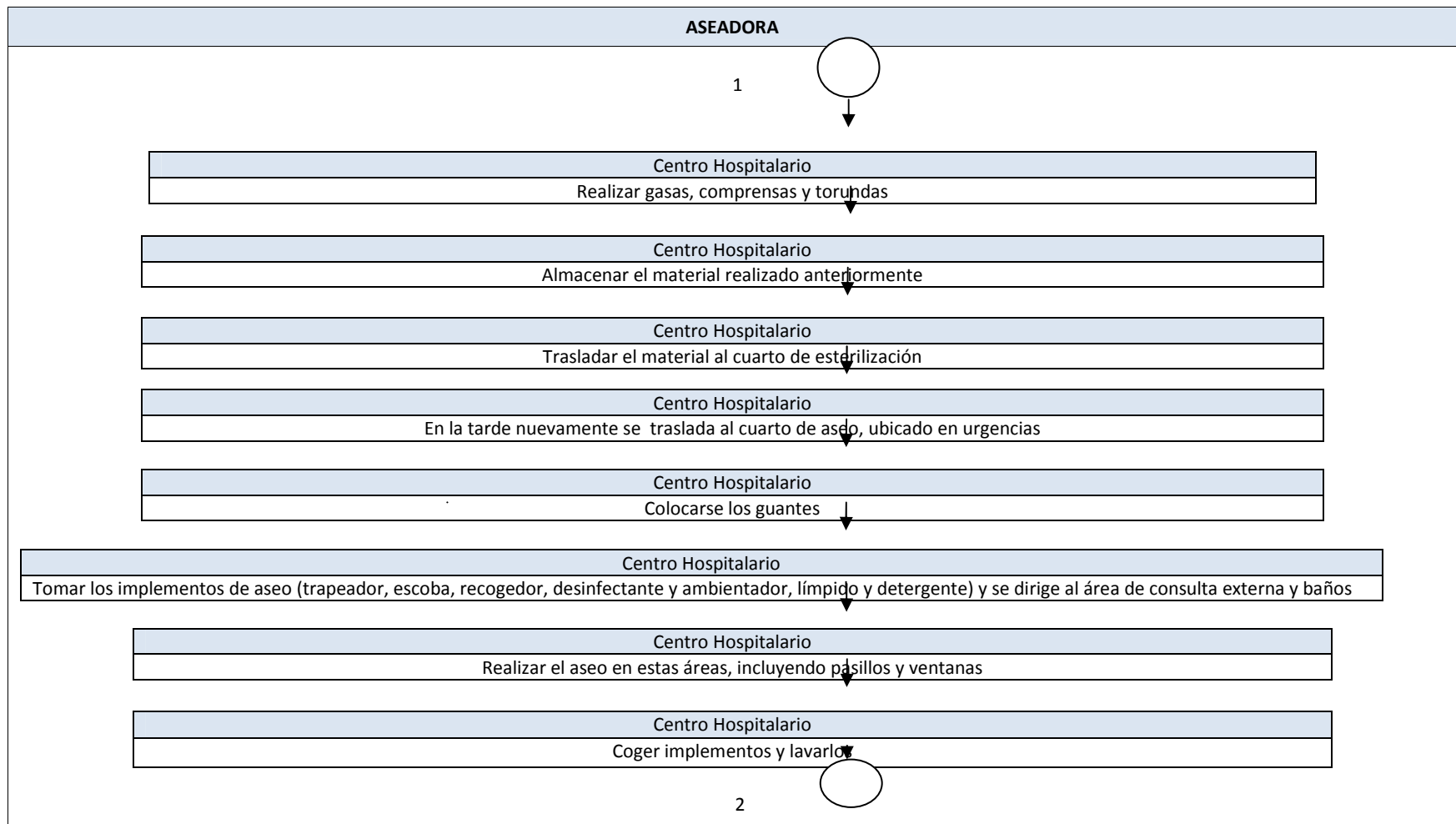
Cristina Gómez y Yudi Cabrera  
Pasantes Administración de Empresas

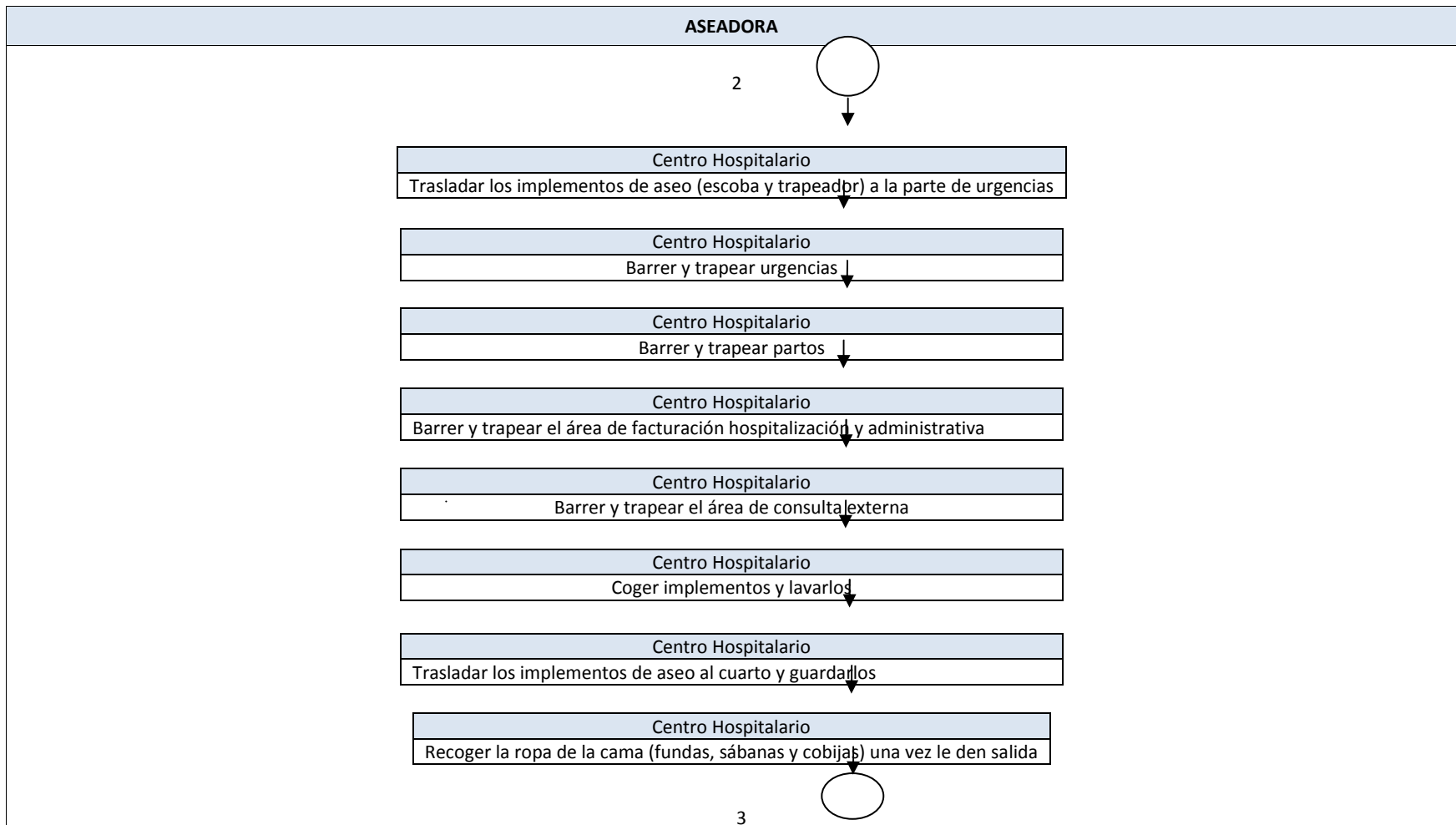
Paola Andrea García  
Jefe de Control Interno

Francisco Fonseca Amaris  
Gerente

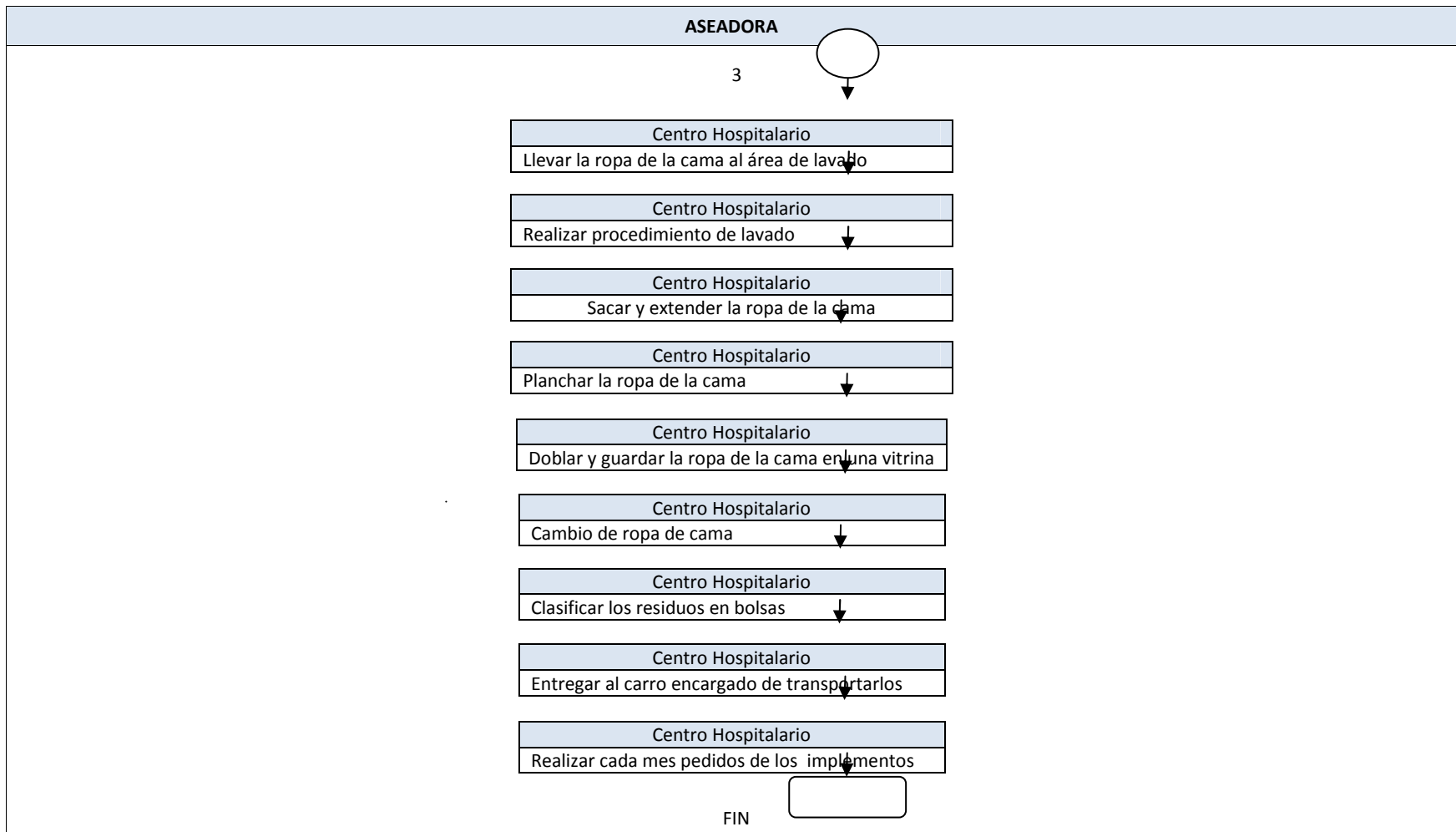
|  |                 |  |   |  |  |
|--|-----------------|--|---|--|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900141372-9</p>   |                 | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |   |  | <b>Código:<br/>PR51A09</b>   |
|  |                 |  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |
|  |                 | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>  |   |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |
|  |                 |  |   |  | <b>Página: 262 de 281</b>  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>   |   |  | <b>SALIDAS</b>   |
|  |                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Barrer y trapear el área de consulta externa.</li> <li>22. Coger implementos y lavarlos.</li> <li>23. Trasladar los implementos de aseo al cuarto y guardarlos.</li> <li>24. Recoger la ropa hospitalaria.</li> <li>25. Llevar la ropa hospitalaria al área de lavado.</li> <li>26. Seleccionar y pesar la ropa hospitalaria</li> <li>27. Realizar procedimiento de lavado.</li> <li>28. Secar la ropa hospitalaria.</li> <li>29. Revisar lavado de ropa y planchar.</li> <li>30. Doblar y almacenar la ropa limpia en una vitrina.</li> <li>31. Cambio de ropa de cama.</li> <li>32. Entregar al carro encargado de transportar los residuos clasificados en bolsas rojas, verdes, negras y grises.</li> <li>33. Realizar cada mes pedidos de los implementos de aseo. necesarios para realizar las funciones diarias en la sede.</li> </ol> |   |  | -Pedidos implementos de aseo   |
| <b>RECURSOS</b>  |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |   | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseadoras</li> <li>• Comunidad en general</li> </ul>  |                 | <b>INTERNOS:</b><br>-Solicitud de pedidos  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Documento de clasificación de basuras según bolsas             | <b>NORMA:</b><br>-Principios NTCGP 1000:2004<br><br>-Modelo NTCGP 100:2004 | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001 "Ley de competencias y recursos para salud" |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuarto de Aseo</li> <li>• Área de Hospitalización</li> <li>• Área de Urgencias</li> <li>• Área de Consulta Externa</li> <li>• Área Administrativa</li> <li>• Área de Facturación</li> <li>• Pasillos, ventanas y baños</li> <li>• Cuarto de esterilización</li> </ul> |                 |  |   |  |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Transparencia y compromiso</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Limpieza e higiene</li> </ul>           |                 |  |   |  |  |
| <b>INDICADORES:</b><br><u>Costo Total Servicios Generales</u><br><br><u>No. de Metro Cuadrados Limpios</u><br><br><u>Costo Total Servicios Lavandería</u><br><br><u>No. Kilos de Ropa Lavada</u>   |                 |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Costo total metros limpios.<br><br><br>Costo kilo lavado. |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |                 | <b>REVISÓ:</b>   |   | <b>APROBÓ:</b>   |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |                 | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |   | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |











**6. PROCESOS DE APOYO**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>ROCESO:</b>                     | <b>Apoyo Logístico en Sedes</b>   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Conducción  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> | Realizar el traslado del paciente de forma rápida y oportuna a la sede correspondiente para la atención del paciente.                             |
| <b>ALCANCE:</b>                    | El procedimiento inicia con la revisión de la ambulancia en la cual se transporta al usuario y finaliza con el archivo del documento de remisión. |
| <b>RESPONSABLE:</b>                | Jefe de Prestación del Servicio   |

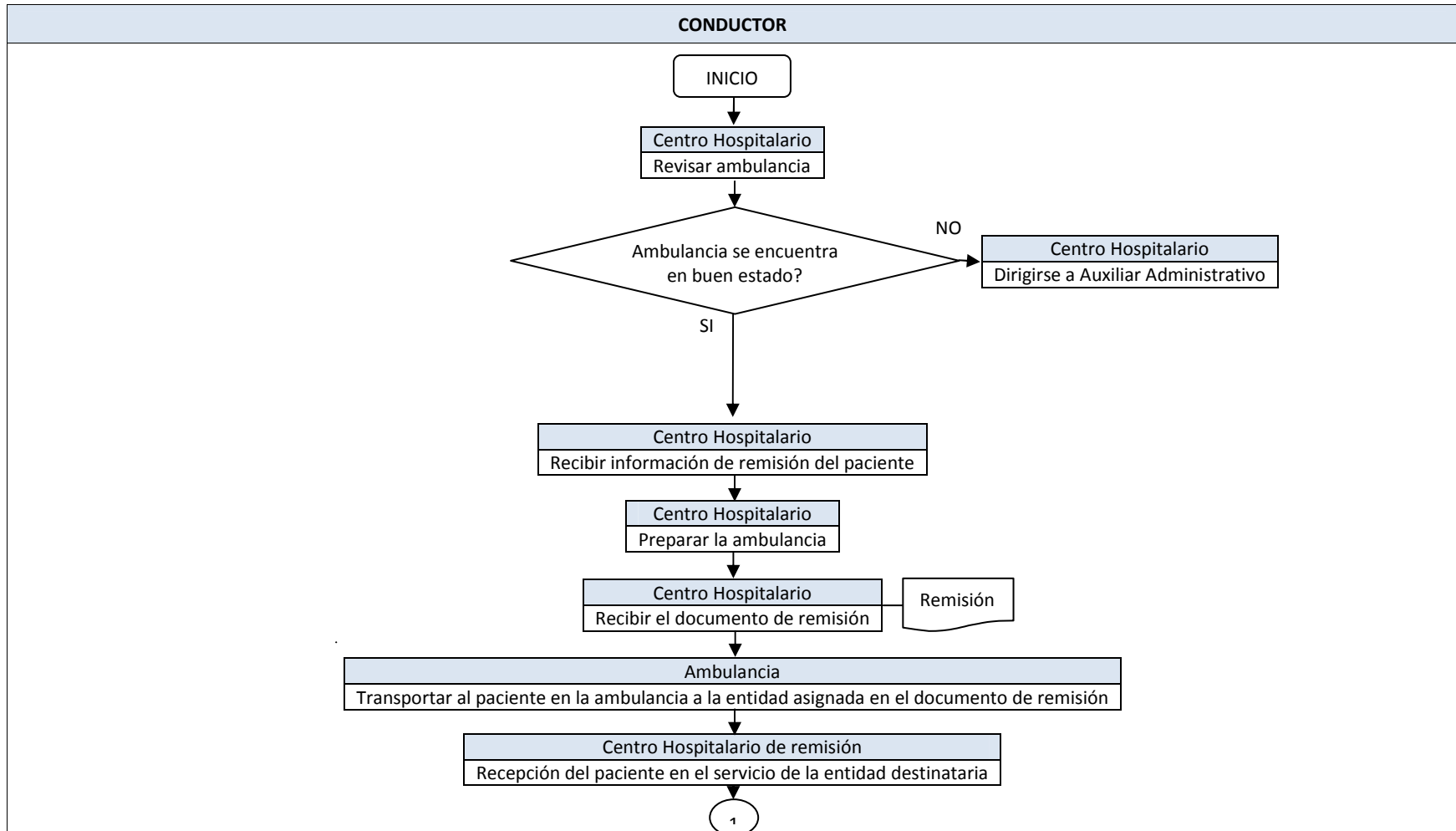
| PROVEEDORES   | ENTRADAS                                | ACTIVIDADES   | SALIDAS  | CLIENTES  |
|---|---|---|--|---|
| -Comunidad<br><br>-Estado<br><br>-Plan de mantenimiento de ambulancias<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Ambulancia<br><br>-Control de remisión | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar ambulancia.</li> <li>2. Si la ambulancia se encuentra en mal estado se dirige a la auxiliar administrativa.</li> <li>3. Si la ambulancia esta en buen estado se continua con el paso siguiente.</li> <li>4. Recibir información de remisión del paciente.</li> <li>5. Preparar la ambulancia.</li> <li>6. Recibir el documento de remisión.</li> <li>7. Transportar al paciente en la ambulancia a la entidad asignada en el documento de remisión.</li> <li>8. Recepción del paciente en el servicio de la entidad destinataria.</li> <li>9. Entrega de los documentos de remisión.</li> <li>10. Firma del documento de remisión.</li> <li>11. Regresar al hospital.</li> <li>12. Entrega del documento de remisión firmado a la persona correspondiente.</li> <li>13. Archivo del documento de remisión.</li> </ol> | -Ambulancia en buen estado<br><br>-Documento de remisión diligenciado<br><br>-Traslado de pacientes<br><br>-Paciente en entidad destinataria<br><br>-Archivo de remisión<br><br>-Ambulancia en la sede | -Comunidad<br><br>-Usuarios afiliados:<br>Subsidiados,<br>Contributivos,<br>Vinculados,<br>Vinculados no Identificados,<br>Particulares y Atención Especial |

| RECURSOS                    |  | DOCUMENTOS ASOCIADOS |  | REQUISITOS APLICABLES            |   |
|-----------------------------|--|----------------------|--|----------------------------------|---|
| <b>HUMANOS:</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductor de Ambulancia</li> </ul>  | <b>INTERNOS:</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Documento de remisión</li> </ul> | <b>EXTERNOS:</b>                 |   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia</li> </ul>   |                      |  | <b>NORMA:</b>                    |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Agilidad</li> <li>• Confiabilidad y responsabilidad</li> </ul> |                      |  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ley 715 de 2001 " Ley de competencias y recursos para salud"</li> </ul> |

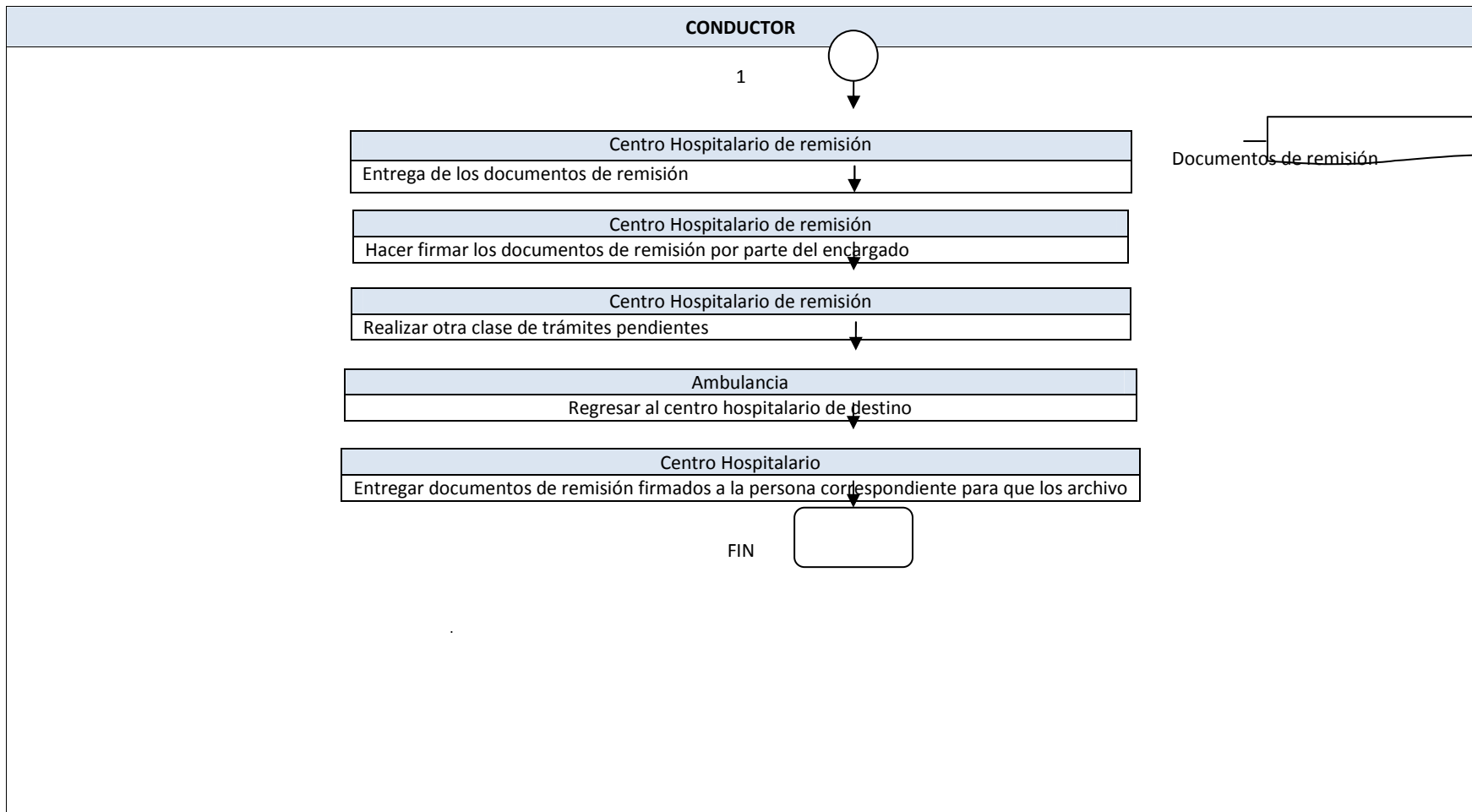
|                     |   |                        |                                   |
|---------------------|---|------------------------|-----------------------------------|
| <b>INDICADORES:</b> | Duración del viaje de acuerdo al medio de transporte. | <b>INTERPRETACIÓN:</b> | Medir la distancia de transporte. |
|---------------------|---|------------------------|-----------------------------------|


|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>                                 | <b>APROBÓ:</b>                      |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantas Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |

**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONDUCCIÓN**



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO CONDUCCIÓN**



|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Código:<br/>PR53A11</b>   |   |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>   |   |
|  | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>   |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>   |   |
|  |   | <b>Página: 270 de 281</b>  |  |   |
| <b>PROCESO:</b>  | <b>Apoyo Logístico en Sedes</b>   |  |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Recepción de Correspondencia  |  |  |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>   | Proporcionar el marco secuencial que servirá de guía e instructivo para el desarrollo eficiente de las actividades que conlleva al proceso de recepción de documentos en la sede de la Empresa Social del Estado ESE Surorienté, con el fin de presentar una exactitud en la respuesta del documento enviado y el archivo adecuado de los documentos para un mejor orden. |  |  |   |
| <b>ALCANCE:</b>  | La actividad inicia con la recepción de la correspondencia enviada a la sede y la actividad termina con la respuesta, trámite o gestión de la correspondencia recibida.   |  |  |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>  | Jefe de Prestación del Servicio   |  |  |   |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>-Plan de envío de correspondencia<br>-Gestión de documentos<br>-Dependencias y entidades<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Correspondencia externa<br>-Reloj radiador<br>-Tabla de control de correspondencia<br>-Gestión alta dirección  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepción de la correspondencia, procedentes de varias dependencias y entidades.</li> <li>2. Insertar en el reloj radicado, la fecha, hora y consecutivo.</li> <li>3. Revisar a quien va dirigida la correspondencia.</li> <li>4. Ingresar en la tabla de control de correspondencia información como: Número de radicado, fecha, procedencia, asunto, nombre del remitente o entidad, número de anexos, responsable del asunto, deja espacio para firma del destinatario o responsable y entrega a la dirección.</li> <li>5. Entregar al funcionario responsable.</li> <li>6. Recibo de correspondencia y firma tabla de control para dejar constancia de entrega y recibo de correspondencia.</li> <li>7. Dar respuesta a la comunicación.</li> <li>8. Archivar la correspondencia.</li> </ol> | -Correspondencia radicada<br>-Revisión de la correspondencia<br>-Correspondencia registrada en tabla radicado<br>-Entrega de correspondencia a persona interesada<br>-Visado de entrega de correspondencia<br>-Correspondencia tramitada<br>-Manejo y control de archivos y registros de correspondencia | -Comunidad<br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.<br>-Empleados de la sede |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>   |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |   |
| <b>HUMANOS:</b><br>• Portero<br>• Secretaría   | <b>INTERNOS:</b><br>-Reloj radicado<br>-Tabla de control de recepción de correspondencia  | <b>EXTERNOS:</b><br>-Protocolo de archivo general de la nación   | <b>NORMA:</b><br>-Acuerdo 042 de 2002 " del archivo general de la Nación, se establecen criterios para la organización de archivos"  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 594 de 200 " Por la cual se dicta la Ley general de archivo"   |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b><br>• Portería<br>• Área de archivo   |   |  |  |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |   |

**6. PROCESOS DE APOYO**

| RECURSOS   | DOCUMENTOS ASOCIADOS |                  | REQUISITOS APLICABLES |  |
|--|----------------------|------------------|-----------------------|--|
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Agilidad</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Confiabilidad y responsabilidad</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b>     | <b>EXTERNOS:</b> | <b>NORMA:</b>         | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001" Ley de competencias y recursos para salud" |

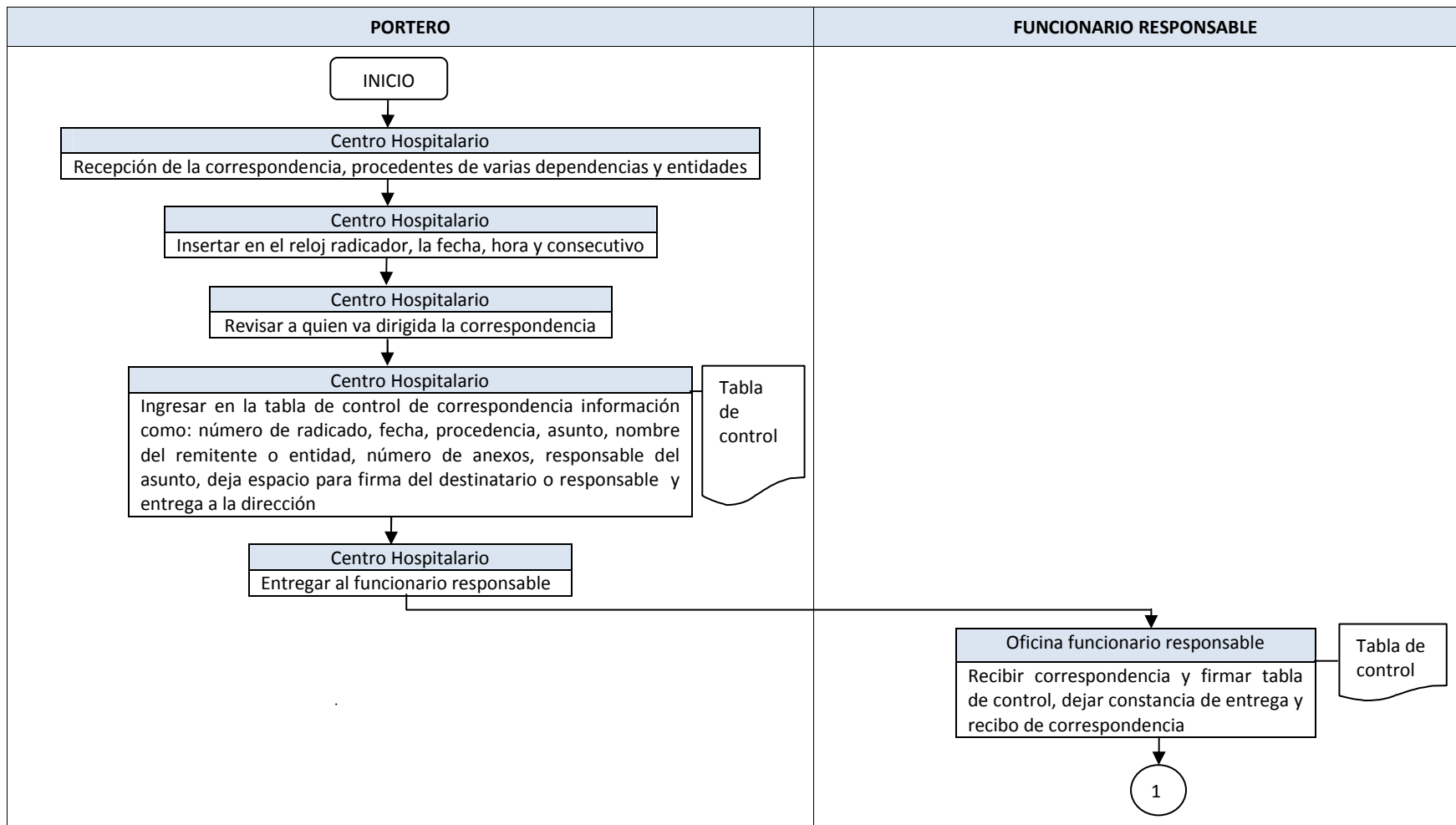
|  |  |
|--|--|
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Comunicaciones Atendidas}}{\text{No. de Solicitudes Radicadas}} \times 100$ | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Porcentaje de solicitudes atendidas con el fin de medir el nivel de respuesta a las solicitudes radicadas. |
|--|--|

**FORMATOS**

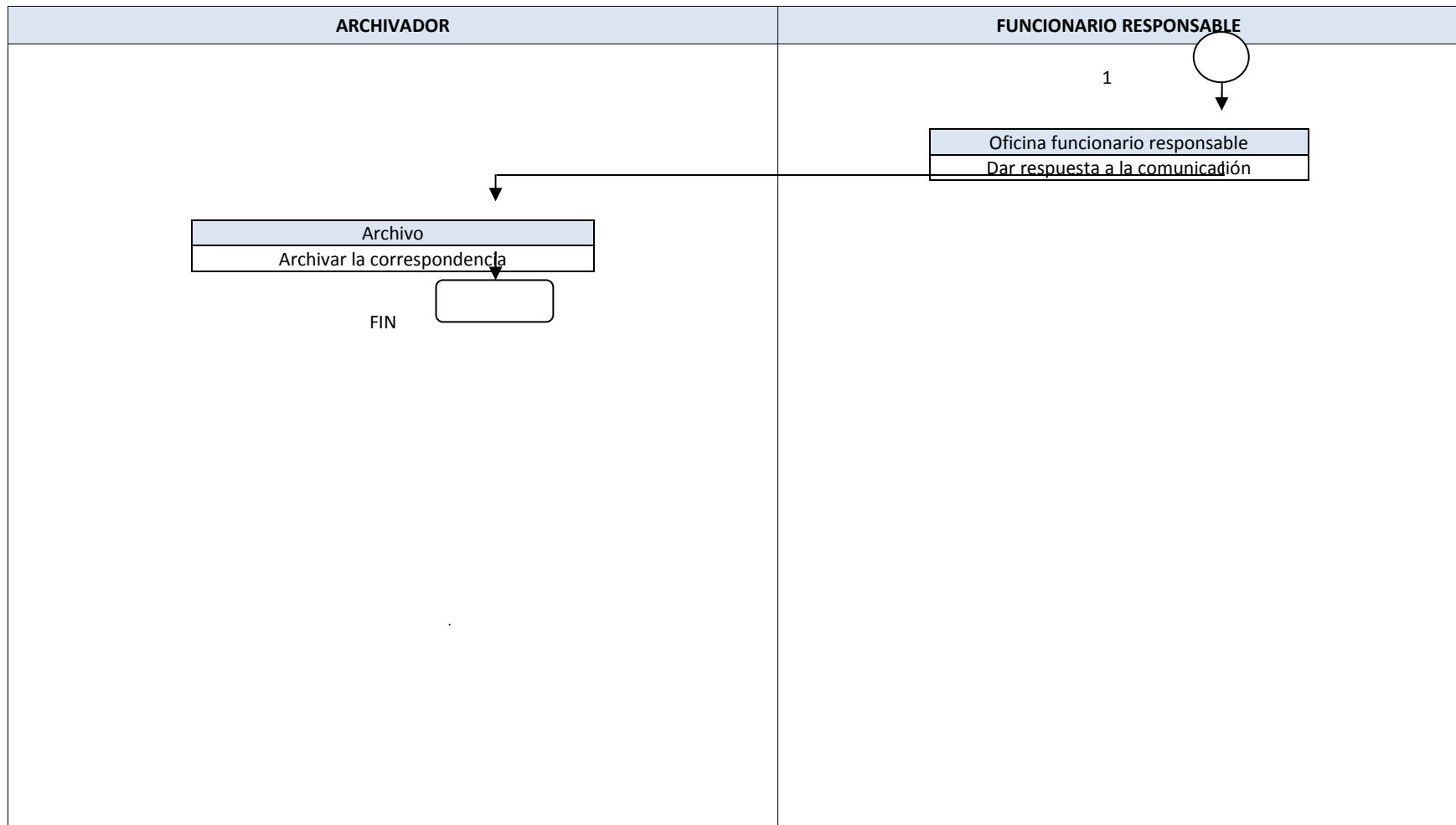
**Formato de Recepción de Correspondencia.**

| Fecha | Hora | Asunto | Anotaciones |
|-------|------|--------|-------------|
|       |      |        |             |
|       |      |        |             |


| ELABORÓ:   | REVISÓ:  | APROBÓ:                             |
|--|--|-------------------------------------|
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |




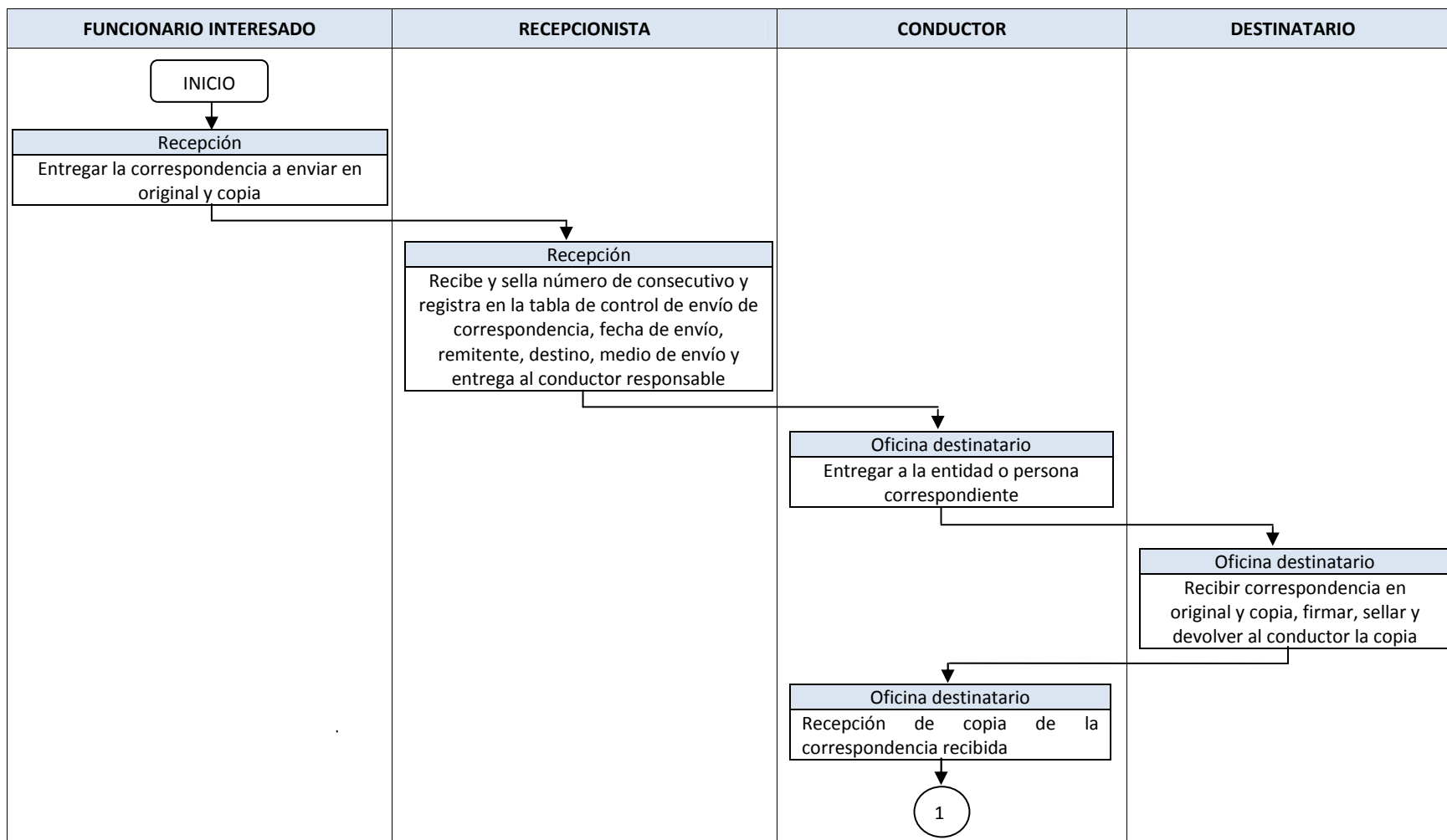
**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA**



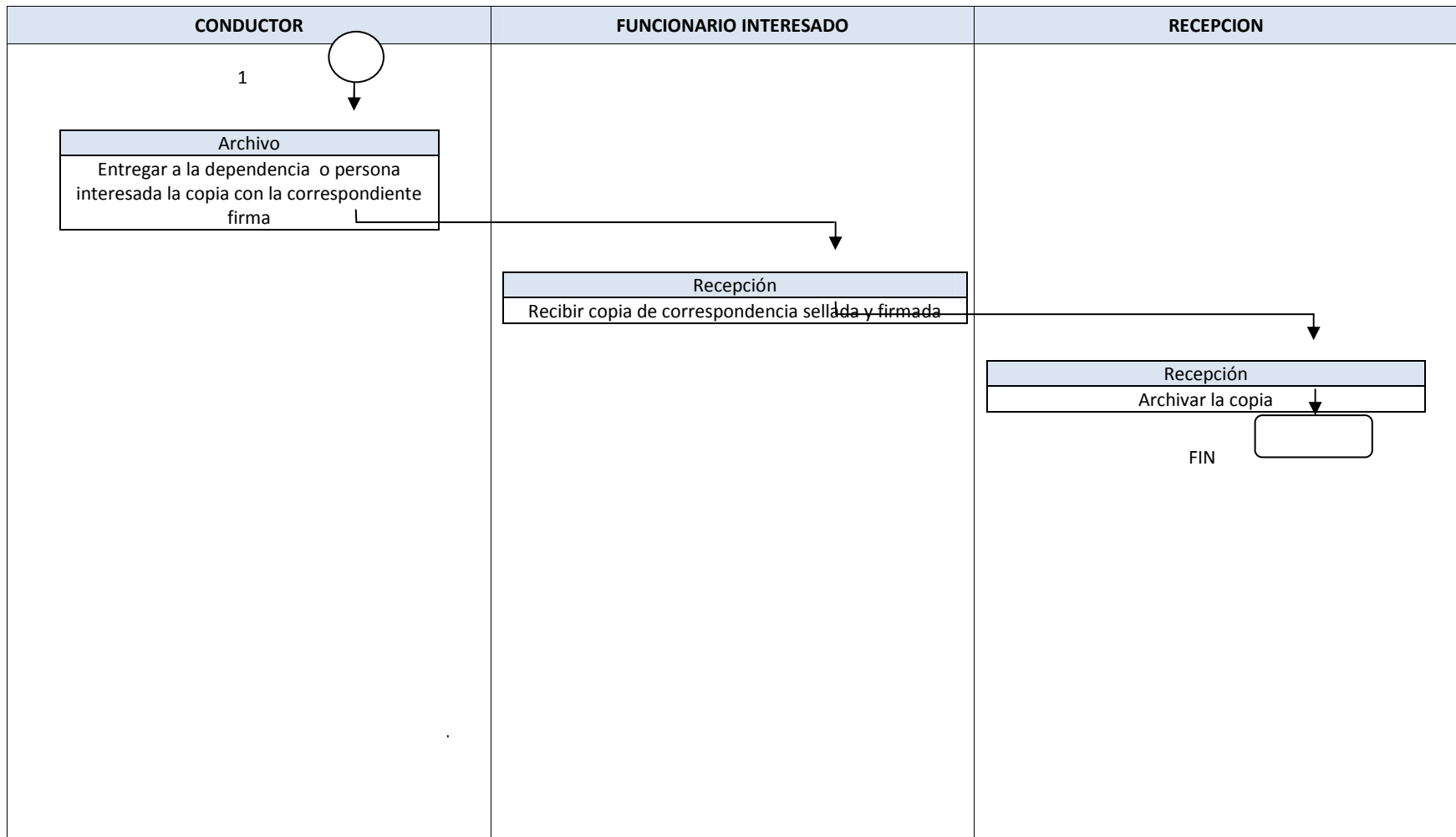


|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
|    | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  |  | <b>Código:<br/>PR54A12</b>   |  |
|   | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>  |  |  | <b>Edición: 01</b>   |  |
| <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |  |  |  |  |  |
| <b>Página: 274 de 281</b>   |  |  |  |  |  |
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Apoyo Logístico en Sedes</b>  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Envío de Correspondencia   |  |  |  |  |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Proporcionar el marco secuencial que servirá de guía e instructivo para el desarrollo eficiente de las actividades que conlleva a la entrega oportuna de la correspondencia enviadas a la sede o persona interesada. |  |  |  |  |
| <b>ALCANCE:</b>   | La actividad inicia con la entrega de la correspondencia para enviar a la persona o entidad y termina con la firma de la persona que recibió, como constancia de que fue enviada.                                    |  |  |  |  |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Jefe de Prestación del Servicio  |  |  |  |  |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>  | <b>ACTIVIDADES</b>   | <b>SALIDAS</b>   | <b>CLIENTES</b>  |  |
| -Estado<br><br>-Comunidad<br><br>-Plan de envío de correspondencia<br><br>-Direcciones Seccionales de Salud<br><br>-Ministerio de Protección Social | -Correspondencia interna<br><br>-Tabla de control de envío de correspondencia  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepción de la correspondencia a enviar en original y copia.</li> <li>2. Recibe y sella número de consecutivo y registra en la tabla de control de envío de correspondencia, fecha de envío, remitente, destino, medio de envío y entrega al conductor responsable.</li> <li>3. El conductor entrega a la entidad o persona correspondiente.</li> <li>4. El destinatario recibe correspondencia en original y copia, firma, sella y devuelve al conductor la copia.</li> <li>5. Recepción de copia de la correspondencia recibida.</li> <li>6. Entregar a la dependencia o persona interesada la copia con la correspondiente firma.</li> <li>7. La persona interesada recibe copia de correspondencia sellada y firmada.</li> <li>8. Archivo de la copia.</li> </ol> | -Visado de Correspondencia original y copia<br><br>-Radicación de correspondencia<br><br>-Correspondencia tramitada<br><br>-Archivo de correspondencia tramitada | -Comunidad<br><br>-Entidades aseguradoras:<br>Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud.<br><br>-Otras entidades |  |
| <b>RECURSOS</b>   | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>   |  |  |
| <b>HUMANOS:</b>   | <b>INTERNOS:</b>   | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b>  | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductor</li> <li>• Secretaría</li> <li>• Receptor de Correspondencia</li> </ul>                          | -Tabla de control de radicación de envío de correspondencia  | -Documento de radicación de la entidad o persona que recibe  |  | -Ley 594 de 2000 "por la cual se dicta la ley general de archivo"  |  |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b>   |  |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de archivo</li> </ul>   |  |  |  |  |  |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>   |  |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente  |  |  |

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>   | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b> |  | <b>Código:<br/>PR54A12</b>  |   |
|  |   |  | <b>Edición: 01</b>  |   |
|  | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>                                       |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>  |   |
|  |   |  | <b>Página: 275 de 281</b>   |   |
| <b>RECURSOS</b>  | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>                                       |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>  |   |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al usuario y ciudadano</li> <li>• Transparencia y compromiso con la entidad</li> <li>• Adaptación al cambio</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Comunicación eficaz</li> <li>• Manejo de información</li> <li>• Agilidad y rapidez</li> <li>• Iluminación</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Confiabilidad y responsabilidad</li> </ul> | <b>INTERNOS:</b>  | <b>EXTERNOS:</b>   | <b>NORMA:</b><br>“-Acuerdo 042 de 2002” del archivo general de la Nación, se establecen criterios para la organización de archivos” | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>“-Ley 715 de 2001” Ley de competencias y recursos para salud” |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Comunicaciones Enviadas}}{\text{No. de Solicitudes Radicadas}} \times 100$  |   | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Porcentaje de solicitudes despachadas con el fin de medir el nivel de respuesta a las solicitudes radicadas. |   |   |
| <b>ELABORÓ:</b>  | <b>REVISÓ:</b>  |  | <b>APROBÓ:</b>  |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno                    |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ENVIÓ DE CORRESPONDENCIA**

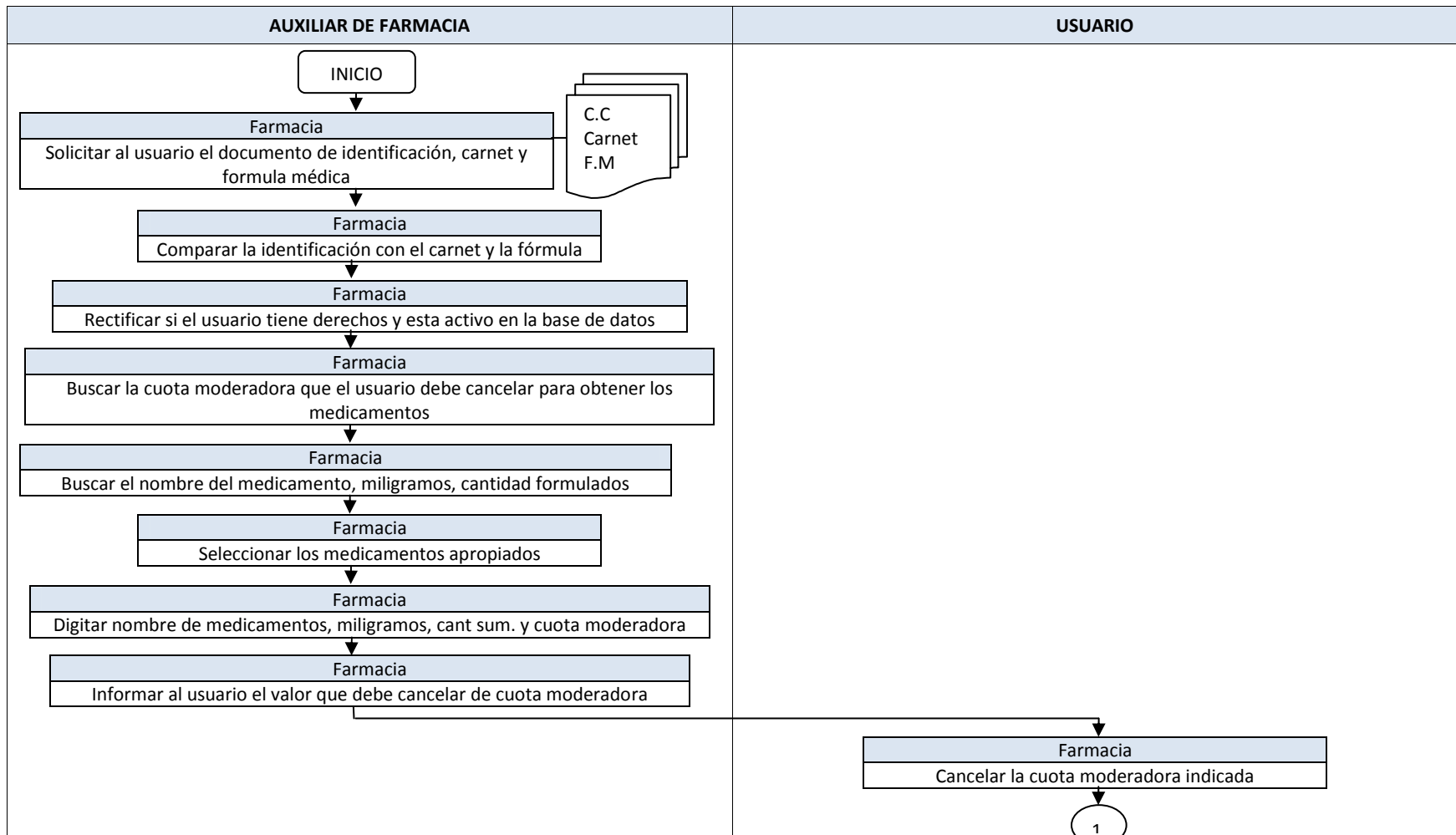




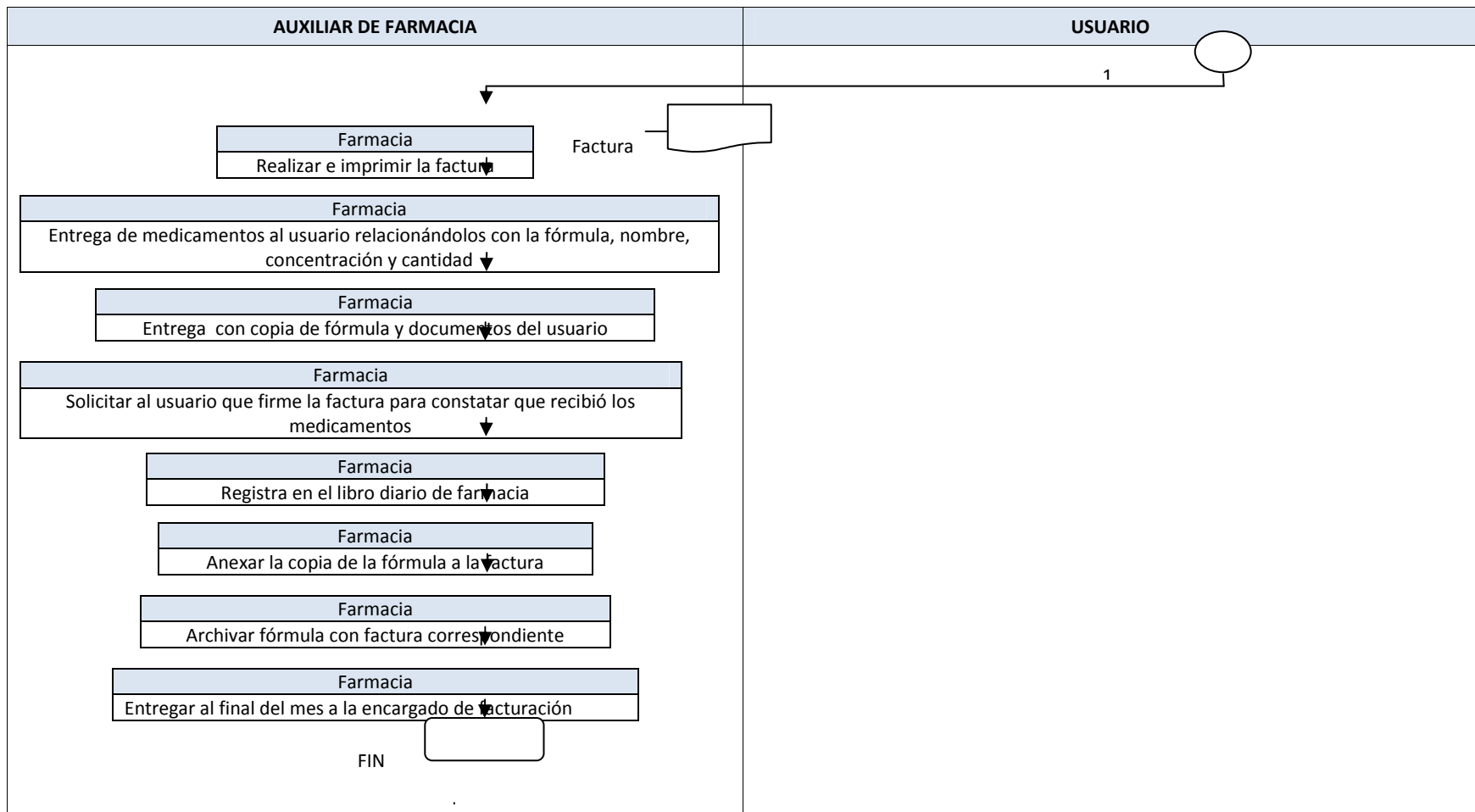
6. PROCESOS DE APOYO

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>PROCESO:</b>   | <b>Apoyo Logístico en Sedes</b>   |   |   |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Entrega de Medicamentos   |   |   |   |
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>  | Dar tramite adecuado a la entrega de medicamentos.  |   |   |   |
| <b>ALCANCE:</b>   | El procedimiento inicia con la solicitud y revisión de los documentos de identificación del usuario y la fórmula y termina con el archivo de la fórmula médica con la factura correspondiente.  |   |   |   |
| <b>RESPONSABLE:</b>   | Auxiliar de Farmacia  |   |   |   |
| <b>PROVEEDORES</b>  | <b>ENTRADAS</b>   | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>SALIDAS</b>  | <b>CLIENTES</b>   |
| -Estado<br>-Comunidad<br>- Planificación estratégica de calidad<br>-Adquisición y suministro<br>-Almacenamiento y distribución de recursos físicos<br>-Administración de inventarios y activos físicos<br>- Farmacia<br>-Direcciones Seccionales de Salud<br>-Ministerio de Protección Social | -Orden de medicamentos<br>-Documentos de identificación del usuario<br>-Software<br>-Medicamentos<br>-Formula médica<br>-Factura<br>-Información de contratos de las entidades aseguradoras<br>-Base de datos de la sede actualizada<br>-Libro diario de farmacia | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar al usuario el documento de identificación, carne y fórmula médica.</li> <li>Comparar la identificación con el carnet y la fórmula.</li> <li>Observar si el usuario tiene derechos y esta activo en la base de datos.</li> <li>Buscar la cuota moderadora que el usuario debe cancelar para obtener los medicamentos.</li> <li>Buscar el nombre del medicamento, miligramos y cantidad formulados.</li> <li>Seleccionar los medicamentos apropiados.</li> <li>Digitar nombre de medicamentos, miligramos, cantidad suministrada y cuota moderadora cancelada por el usuario.</li> <li>Se le informa al usuario el valor que debe cancelar de cuota moderadora.</li> <li>El usuario cancela la cuota moderadora indicada.</li> <li>Realizar e imprimir la factura.</li> <li>Entrega de medicamentos al usuario relacionándolos con la fórmula, nombre, concentración y cantidad.</li> <li>Entrega copia de fórmula y documentos de identificación al usuario.</li> <li>Auxiliar de farmacia solicita al usuario que firme la factura para constatar que recibió los medicamentos.</li> </ol> | -Documentos del usuario correctos(carnet, orden de medicamentos, documento de identificación)<br>-Usuario con derechos a recibir medicamentos y activo en la base de datos<br>-Medicamentos que necesita el usuario<br>-Registro en el sistema de los medicamentos entregados<br>-Entrega de documentos y medicamentos al usuario<br>-Recaudo copago o cuota moderadora | -Comunidad<br>-Usuarios afiliados: Subsidiados, Contributivos, Vinculados, Vinculados no Identificados, Particulares y Atención Especial<br>-Entidades aseguradoras: Asmed Salud, Salud vida, AIC Asociación Indígena del Cauca, Caprecon, Cosmitec, S.O.S, Coomeva SaludCoop, Humana Vivir, Nueva EPS, Confenalco Valle, Coosalud, Colmedica Valle, EPS Condor, Cali Salud, Caprecom, Selva Salud, La Previsora, QBE Central de Seguros, Seguros del Estado, Sanitas, Ejército, Policía y Secretaría de Salud. |
| <b>ELABORÓ:</b>   | <b>REVISÓ:</b>  | <b>APROBÓ:</b>  |   |   |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas  | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente   |   |   |

|  |                 |  |  |                                     |  |
|--|-----------------|--|--|-------------------------------------|--|
|  <p><b>ESE SURORIENTE</b><br/>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE<br/>NIT. 900.143.572-9</p>   |                 | <b>ESE SURORIENTE<br/>MANUAL DE PROCESOS Y<br/>PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Código:<br/>PR55A13</b>          |  |
|  |                 |  |  | <b>Edición: 01</b>                  |  |
|  |                 | <b>6. PROCESOS DE APOYO</b>  |  | <b>Fecha: 11/05/2009</b>            |  |
|  |                 |  |  | <b>Página: 279 de 281</b>           |  |
| <b>PROVEEDORES</b>   | <b>ENTRADAS</b> | <b>ACTIVIDADES</b>   |  |                                     | <b>SALIDAS</b>   |
|  |                 | <b>14.</b> Se registra en el libro diario de farmacia.<br><b>15.</b> Se anexa la copia de la fórmula a la factura.<br><b>16.</b> Archivar fórmula con factura correspondiente.<br><b>17.</b> Se entregan al final del mes al encargado de facturación. |  |                                     | -Factura<br><br>-Usuario satisfecho  |
| <b>RECURSOS</b>  |                 | <b>DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>  |  | <b>REQUISITOS APLICABLES</b>        |  |
| <b>HUMANOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de Farmacia</li> <li>Usuarios</li> </ul>   |                 | <b>INTERNOS:</b><br>-A-Z para facturas y ordenes médicas   | <b>EXTERNOS:</b><br>-Valor de cuotas moderadoras de medicamentos obligatorias                        | <b>NORMA:</b>                       | <b>LEGALES Y REGLAMENTARIOS:</b><br>-Ley 715 de 2001 "Ley de competencias y recursos para salud" |
| <b>INFRAESTRUCTURA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Farmacia</li> <li>Archivo de fórmulas y facturas</li> <li>Libro diario de farmacia</li> <li>Computador e impresora</li> </ul>                                   |                 |  |  |                                     |  |
| <b>AMBIENTE DE TRABAJO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Iluminación</li> <li>Orden</li> <li>Limpieza del área de trabajo</li> <li>Atención y concentración</li> <li>Ventilación</li> </ul>                          |                 |  |  |                                     |  |
| <b>INDICADORES:</b><br>$\frac{\text{No. de Formulas Despachadas}}{\text{No. de Formulas Archivadas}}$ $\frac{\text{No. de Medicamentos Entregados Según Formulas Archivadas}}{\text{No. Total de Medicamentos en Inventario}}$ |                 |  | <b>INTERPRETACIÓN:</b><br>Medir la relación de fórmulas diligenciadas y los medicamentos entregados. |                                     |  |
| <b>ELABORÓ:</b>  |                 | <b>REVISÓ:</b>   |  | <b>APROBÓ:</b>                      |  |
| Cristina Gómez y Yudi Cabrera<br>Pasantes Administración de Empresas   |                 | Paola Andrea García<br>Jefe de Control Interno   |  | Francisco Fonseca Amaris<br>Gerente |  |



**DIAGRAMA PROCEDIMIENTO ENTREGA DE MEDICAMENTOS**





**FORMATOS ÁREA ASISTENCIAL ESE SURORIENTE.**

**Factura Consulta Ambulatoria**

E.S.E. SUR-ORIENTE (HOSPITAL NIVEL I LA VEGA)  
 900145572-9  
 AVENIDA FABIAN (SANTA RITA)

**FDV 83932**

[ FACTURA A LA EMPRESA ] 32848

1939700010 E.S.E. SUR-ORIENTE (HOSPITAL NIVEL I LA VEGA)      Fee. Ingreso: 18/09/2008  
 1939700010 - 83932      Fee. Salida: 18/09/2008  
 CON CARGO A: 19000 DIR DEPTAL SALUD DEL CAUCA      Fecha/Hora: 18/09/2008 5:10:31 p.m.  
 EMPRESA: 19000 DIR DEPTAL SALUD DEL CAUCA      Carnet: 10011397  
 HISTORIA Nro. 4700089      ORDOÑEZ      LOPEZ      DIDIMO      CC: 4700089  
 FECHA Nac. 05/04/1944      EDAD. 64      SEXO. M      NIVEL. 1      CONTRATO. PROM PREV      Dir/Tel

| Código   | U           | Descripción                          | Un | Mo | Te | Resp | Vr. Tarifa  | Cant | Vr. Item    | Vr. EPS/ARS | Vr. Paciente |         |  |  |
|--|-------------|--------------------------------------|----|----|----|------|-------------|------|-------------|-------------|--------------|---------|--|--|
| 993510   |             | VACUNACION PROFILACTICA CONTRA INFLU | 30 |    |    |      | \$ 2.800.00 | 1    | \$ 2.800.00 | \$ 2.800.00 | \$ 0.00      |         |  |  |
| <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">\$ 2.800.00</td> <td style="width: 20%;">\$ 2.800.00</td> <td style="width: 20%;">\$ 0.00</td> </tr> </table> |             |                                      |    |    |    |      |             |      |             | \$ 2.800.00 | \$ 2.800.00  | \$ 0.00 |  |  |
| \$ 2.800.00  | \$ 2.800.00 | \$ 0.00                              |    |    |    |      |             |      |             |             |              |         |  |  |

\* Programa: VACUNACION SEGUN ESQUEMA PAI - ALCALDIA

---

Firma Paciente      Firma Cajero YENNY ORTEGA  
 Impreso por: SOPORTE & DESARROLLO      FOLIO #: 4700089  
 XIMENA MUÑOZ  
 DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE





|                            |                        |       |        |        |              |
|----------------------------|------------------------|-------|--------|--------|--------------|
| FECHA                      | MOTIVO DE LA CONSULTA: |       |        |        |              |
| 2. EXÁMENES DE ADMISIÓN    | TEMPERATURA:           | PESO: | PULSO: | TALLA: | EDAD ACTUAL: |
| 3. OBSERVACIONES:          |                        |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |
| 4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:  | a)                     |       |        |        |              |
|                            | b)                     |       |        |        |              |
| 5. conducta y tratamiento: | c)                     |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |

|                            |                        |       |        |        |              |
|----------------------------|------------------------|-------|--------|--------|--------------|
| FECHA                      | MOTIVO DE LA CONSULTA: |       |        |        |              |
| 2. EXÁMENES DE ADMISIÓN    | TEMPERATURA:           | PESO: | PULSO: | TALLA: | EDAD ACTUAL: |
| 3. OBSERVACIONES:          |                        |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |
| 4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:  | a)                     |       |        |        |              |
|                            | b)                     |       |        |        |              |
| 5. conducta y tratamiento: | c)                     |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |

|                            |                        |       |        |        |              |
|----------------------------|------------------------|-------|--------|--------|--------------|
| FECHA                      | MOTIVO DE LA CONSULTA: |       |        |        |              |
| 2. EXÁMENES DE ADMISIÓN    | TEMPERATURA:           | PESO: | PULSO: | TALLA: | EDAD ACTUAL: |
| 3. OBSERVACIONES:          |                        |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |
| 4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:  | a)                     |       |        |        |              |
|                            | b)                     |       |        |        |              |
| 5. conducta y tratamiento: | c)                     |       |        |        |              |
|                            |                        |       |        |        |              |





# Consulta Odontológica



Libertad y Orden

## ATENCIÓN EN ODONTOLÓGIA

REGISTROS MÉDICOS  
SE - 407 A  
República de Colombia  
Departamento del Cauca  
INSTITUTO ESTOMATOLÓGICO SUCRE  
SANTAFÉ DE BOGOTÁ  
CALLE 100 N.º 100-10  
Teléfono 4789111-0251084

### A. IDENTIFICACIÓN

|              |     |                            |      |             |  |                      |  |  |  |
|--------------|-----|----------------------------|------|-------------|--|----------------------|--|--|--|
| 1er Apellido |     | 2do Apellido (o de casado) |      | Nombres     |  | No. HISTORIA CLÍNICA |  |  |  |
| FECHA        |     | GRUPO DE POBLACION         |      | EMBAZAZADAS |  | OTROS                |  |  |  |
| DIA          | MES | AÑO                        | HORA | 5 - 14 años |  |                      |  |  |  |

### B. ANAMNESIS

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

| DATOS BASICOS SOBRE           | SI                       | NO                       | NO SABE                  |   | SI                       | NO                       | NO SABE                  |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tratamiento médico         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Hepatitis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ingestión de medicamentos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Hipertensión Arterial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reacciones alérgicas       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Otras enfermedades (cuáles)                                       | _____                    |                          |                          |
| 4. Hemorragias                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Hábito de Higiene Oral  | _____                    |                          |                          |
| 5. Irradiaciones              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Cepillado NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>   | _____                    |                          |                          |
| 6. Sinusitis                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Seda Dental SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | (Cuántas veces)          |                          |                          |
| 7. Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Otros   | _____                    |                          |                          |
| 8. Cardiopatías               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |
| 9. Diabetes                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |
| 10. Fiebre                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### C. EXAMEN FÍSICO ESTOMATOLÓGICO

|                                      | TEMPERATURA              |                          | PULSO                    |                          | TENSION ARTERIAL          |                          | RESPIRACION              |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      | NORMAL                   | ANORMAL                  | NORMAL                   | ANORMAL                  | NORMAL                    | ANORMAL                  | NORMAL                   | ANORMAL                  |
| 1. Articulación Témpero - Mandibular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Senos maxilares        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Labios                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Músculos masticadores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lengua                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Sistemas              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Paladar                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Nervioso                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Piso de la boca                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Vascular                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Carrillos                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Linfático regional      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Glándulas salivales               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Función de Oclusión   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Maxilares                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |                          |                          |                          |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Impreso por SUM GRAFICAS 341 0241830 Calle 7 # 10.A.20 Pop

| EXAMEN DENTAL        | SI                       | NO                       |                        | SI                       | NO                       |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Supernumerarios  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Abrasión         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 - Placa Blanda       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Manchas          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 - Placa calcificada  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Patología Pulpar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 - Otros (Cuál) _____ |                          |                          |

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

EVALUACION DE ESTADO PERIODONTAL

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

ODONTOGRAMA

CONVERSIONES

|                         |               |                               |                |                      |  |
|-------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|----------------------|--|
|                         |               |                               |                |                      |  |
| SUP. CARIADA O RECIBIDA | SUP. OBTURADA | DENTE CON EXTRACCION INDICADA | DENTE EXTRAIDO | DENTE SIN LINDIFICAR |  |

|           |    | VESIBULAR |    | CARIES |    | SI |    | NO        |    | OBTURADOS |    | SI |    | NO |    |
|-----------|----|-----------|----|--------|----|----|----|-----------|----|-----------|----|----|----|----|----|
| 18        | 17 | 16        | 15 | 14     | 13 | 12 | 11 | 21        | 22 | 23        | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|           |    |           |    |        |    |    |    |           |    |           |    |    |    |    |    |
| DERECHO   |    |           |    |        |    |    |    | IZQUIERDO |    |           |    |    |    |    |    |
|           |    |           |    |        |    |    |    | LINGUALES |    |           |    |    |    |    |    |
|           |    |           |    |        |    |    |    |           |    |           |    |    |    |    |    |
|           |    |           |    |        |    |    |    |           |    |           |    |    |    |    |    |
| 48        | 47 | 46        | 45 | 44     | 43 | 42 | 41 | 31        | 32 | 33        | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|           |    |           |    |        |    |    |    |           |    |           |    |    |    |    |    |
| VESIBULAR |    |           |    |        |    |    |    |           |    |           |    |    |    |    |    |

OTRAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

D. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

DEFINITIVO: \_\_\_\_\_

PRONÓSTICO: \_\_\_\_\_

E. PLAN DE TRATAMIENTO

|             |                          |               |                          |              |                          |          |                          |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| OPERATORIA  | <input type="checkbox"/> | ORTODONCIA    | <input type="checkbox"/> | CIRUGÍA ORAL | <input type="checkbox"/> | PROTESIS | <input type="checkbox"/> |
| PERIODONCIA | <input type="checkbox"/> | MEDICINA ORAL | <input type="checkbox"/> | ENDODONCIA   | <input type="checkbox"/> |          |                          |

FIRMA Y CÓDIGO DE L. PROFESIONAL \_\_\_\_\_

# Laboratorio Clínico

| ESE SUBORDINADO                           |  | LABORATORIO CLINICO                         |  |
|---|--|---|--|
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                 |  | NIT. 900.145.572-9                          |  |
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____                | SERVICIO: _____                                | EDAD: _____                                 | SEXO: _____                                  |
| FECHA: _____                              | HOSPITAL: _____                                | DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____               |  |
| ALTERACIONES DEL AGUADO                   |  | HEMATOLOGIA                                 |  |
| <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA        | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA             | <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA          | <input type="checkbox"/> GIBRA               |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL | <input type="checkbox"/> RECIENTO DE PLACUETAS | <input type="checkbox"/> V.S.G.             | <input type="checkbox"/> PANGRAL DE ORINA    |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL   | <input type="checkbox"/> QUIMICA SANGUINEA     | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA AYUNADA  | <input type="checkbox"/> ECOLOGICO           |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL VLDL  | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA PRE Y POST  | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA AYUNADA  | <input type="checkbox"/> ECOLOGICO SERRADO   |
| <input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS    | <input type="checkbox"/> CURVA DE TOLERANCIA   | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> SEROLOGIA           |
| <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA        | <input type="checkbox"/> ACIDO URICO           | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> PRELUBA DE EMBARAZO |
| <input type="checkbox"/> PANGRAL DE ORINA | <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL      | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| ALTERACIONES DEL EMBARAZO                 |  | <input type="checkbox"/> BILIRUBINA DIRECTA | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA        | <input type="checkbox"/> SERIFILIPICO          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> HEMOCULTIVACION  | <input type="checkbox"/> TRIPOLICENDIOGAL      | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA        | <input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL        | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> PANGRAL DE ORINA | <input type="checkbox"/> COLESTEROL VLDL       | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> PROTES VAGINAL   | <input type="checkbox"/> COLESTEROL VLDL       | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| ALTERACIONES DEL JOVEN                    |  | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA        | <input type="checkbox"/> HEMATOCRITO           | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |
| <input type="checkbox"/> HEMATOCRITO      |  | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA          | <input type="checkbox"/> GLEUCOSIA           |

## Urgencias Vitales y No Vitales

| GOBERNACION DEL CAUCA                             |  | REGISTRO INDIVIDUAL DE URGENCIAS   |  |
|---|--|--|--|
| Empresa Social del Estado SurOriente - E.S.E.     |  | NIT. 900.145.572-9   |  |
| Tel.: (0928) 269577 - 8267511                     |  |  |  |
| Código Centro de salud: _____                     | Nombre Centro de Salud: _____  | Contrato No. _____   |  |
| Código A.R.S. - E.P.S.: _____                     | Nombre A.R.S. - E.P.S.: _____  | Autorización: _____  |  |
| No. Camé _____                                    | Estrato _____  |  |  |
| Factura No. _____                                 |  |  |  |
| IDENTIFICACION DEL USUARIO                        |  |  |  |
| PRIMERA APELLIDO: _____                           | SEGUNDO APELLIDO: _____  | PRIMER NOMBRE: _____   | SEGUNDO NOMBRE: _____                                |
| *ODE IDENTIFICACION:                              |  | EDAD: _____  | MUNICIPIO: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> CC=Cédula Ciudadanía     | <input type="checkbox"/> CE=Cédula Extranjería   | <input type="checkbox"/> PA=Pasaporte                                    | <input type="checkbox"/> RI=Registro Civil           |
| <input type="checkbox"/> TI=Tarjeta de Identidad  | <input type="checkbox"/> AS=Adulto sin Identificación  | <input type="checkbox"/> MS=Menor sin Identificación                     | <input type="checkbox"/> UN=Uno único Identificación |
| UNIDAD DE MEDIDA:                                 | TIPO DE USUARIO:   | CODIGO: _____  |  |
| <input type="checkbox"/> 1= Años                  | <input type="checkbox"/> 1= Contributivo   | DEPARTAMENTO: _____  |  |
| <input type="checkbox"/> 2= Meses                 | <input type="checkbox"/> 2= Subsidiado   | CODIGO: _____  |  |
| <input type="checkbox"/> 3= Dias                  | <input type="checkbox"/> 3= Vinculado  | ZONA: <input type="checkbox"/> U=Urbano <input type="checkbox"/> R=Rural |  |
| <input type="checkbox"/> 4= Particular            | <input type="checkbox"/> 5= Otro   |  |  |
| SEXO:   | DATOS  |  |  |
| <input type="checkbox"/> M=Masculino              | <input type="checkbox"/> 1=Urgencias   | <input type="checkbox"/> 3=Remitido                                      |  |
| <input type="checkbox"/> F=Femenino               | <input type="checkbox"/> 2=Consulta Externa  | <input type="checkbox"/> 4=Nacido en la Institución                      |  |
| VIAD INGRESO A LA INSTITUCION: _____              | FECHA INGRESO A OBSERVACION: dd / mm / aaaa  | HORA DE INGRESO A OBSERVACION: _____ Hh:mm                               |  |
| CAUSA EXTERNA:                                    | <input type="checkbox"/> 01=Accidente Trabajo<br><input type="checkbox"/> 02=Accidente Tránsito<br><input type="checkbox"/> 03=Accidente Rápido<br><input type="checkbox"/> 04=Accidente Otídico<br><input type="checkbox"/> 05=Otro Tipo Accidente<br><input type="checkbox"/> 06=Evento Catastrático<br><input type="checkbox"/> 07=Lesión por Agresión<br><input type="checkbox"/> 08=Lesión Auto-infligida |  |  |
| DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____                     | <input type="checkbox"/> 09=Sospecha Maltrato Físico<br><input type="checkbox"/> 10=Sospecha Abuso Sexual<br><input type="checkbox"/> 11=Sospecha Violencia Sexual<br><input type="checkbox"/> 12=Sospecha Maltrato Emocional<br><input type="checkbox"/> 13=Enfermedad General<br><input type="checkbox"/> 14=Enfermedad Profesional<br><input type="checkbox"/> 15=Otra                                      |  |  |
| DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____                      | CODIGO DX. INGRESO: _____  | CODIGO DX. EGRESO: _____   |  |
| DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: EGRESO: _____          | CODIGO DX. RELAC. 1: EGRESO: _____   | CODIGO DX. COMPLICACION: _____   |  |
| DIAGNOSTICO DE COMPLICACION: _____                | ESTADO A LA SALIDA: <input type="checkbox"/> 1= Vivo <input type="checkbox"/> 2= Muerto  | CAUSA DE MUERTE: _____   | CODIGO DX. CAUSA MUERTE: _____                       |
| FECHA DE EGRESO DE LA INSTITUCION: dd / mm / aaaa | HORA DE EGRESO DE LA INSTITUCION: _____ Hh:mm  | NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE: _____                                     | FIRMA: _____   |
| NOMBRE DIGITADOR: _____                           | FECHA DE DIGITACION: dd / mm / aaaa  | RIPS URGENCIAS   |  |



## Factura Extramural

### FACTURACION EXTRAMURAL

**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT: 900.145.572-9



FECHA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F.  M.  DOC. IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 EMPRESA: \_\_\_\_\_ CARNET No. \_\_\_\_\_  
 REGIMEN: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 DX: \_\_\_\_\_

| FECHA DE NACIMIENTO |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| DÍA                 | MES | AÑO |
|                     |     |     |

| COD.   | CANT. | SERVICIO               | VALOR | COD.   | CANT. | SERVICIO                  | VALOR |
|--------|-------|------------------------|-------|--------|-------|---------------------------|-------|
| 39141  |       | CONSULTA AMBULATORIA   |       | 39148  |       | SUTURA                    |       |
| 39145  |       | CONSULTA URGENCIAS     |       | 39201  |       | DERECHO SALA SUTURA       |       |
| 40108  |       | CONTROL MEDICO         |       | 39202  |       | DERECHO SALA CURACION     |       |
| 36101  |       | EXCLUIDO 6 VEZ ODONT.  |       | 597100 |       | INSERCIÓN O RETIRO D.L.L. |       |
| 997300 |       | DEBARTAJE              |       | ART.63 |       | SERVICIO AMBULATORIO      |       |
| 997102 |       | SELLANTE FOTOCURADO    |       | 900601 |       | TAMIZAJE VISUAL           |       |
| 997101 |       | SELLANTE AUTOCURADO    |       | 993501 |       | POUO                      |       |
| 997103 |       | APLICACION FLUOR       |       | 993503 |       | HEPATIS B                 |       |
| 997310 |       | CONTROL PLACA          |       | 993122 |       | D.P.T.                    |       |
| 890201 |       | CONSULTA MEDICA PYP    |       | 993104 |       | H.I.B.                    |       |
| 890301 |       | CONTROL MEDICO PYP     |       | 993102 |       | B.C.G.                    |       |
| 890305 |       | CONTROL ENFERMERIA PYP |       | 993522 |       | TRIPLE VIRAL              |       |
| 892901 |       | TOMA CIROLOGIA         |       | 993130 |       | PENTAVALENTE              |       |
| 898001 |       | LECTURA CIROLOGIA      |       | 993120 |       | T.T.T.D.                  |       |
|        |       | GUACENA - FRE          |       |        |       | OTROS SERVICIOS           |       |
|        |       | CUADRO HEMANCO         |       |        |       |                           |       |
|        |       | PARCIAL ORINA          |       |        |       |                           |       |
|        |       | SEROLOGIA              |       |        |       |                           |       |
|        |       | REMOCLASIFICACION      |       |        |       |                           |       |
|        |       | CREATININA             |       |        |       |                           |       |
|        |       | COLESTEROL TOTAL       |       |        |       |                           |       |
|        |       | COLESTEROL HDL         |       |        |       |                           |       |
|        |       | COLESTEROL LDL         |       |        |       |                           |       |
| 19497  |       | GRAN TENCION Y LECTURA |       |        |       |                           |       |
| 19157  |       | BACIOSCOPIA            |       |        |       |                           |       |

SUB-TOTAL \$: \_\_\_\_\_  
 CUOTA RECUPERACION \$: \_\_\_\_\_  
 VALOR A COBRAR \$: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA RESPONSABLE I.P.S.

**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT: 900.145.572-9



FECHA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F.  M.  DOC. IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 EMPRESA: \_\_\_\_\_ CARNET No. \_\_\_\_\_  
 REGIMEN: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 DX: \_\_\_\_\_

| FECHA DE NACIMIENTO |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| DÍA                 | MES | AÑO |
|                     |     |     |

| COD.   | CANT. | SERVICIO               | VALOR | COD.   | CANT. | SERVICIO                  | VALOR |
|--------|-------|------------------------|-------|--------|-------|---------------------------|-------|
| 39141  |       | CONSULTA AMBULATORIA   |       | 39148  |       | SUTURA                    |       |
| 39145  |       | CONSULTA URGENCIAS     |       | 39201  |       | DERECHO SALA SUTURA       |       |
| 40108  |       | CONTROL MEDICO         |       | 39202  |       | DERECHO SALA CURACION     |       |
| 36101  |       | EXCLUIDO 6 VEZ ODONT.  |       | 597100 |       | INSERCIÓN O RETIRO D.L.L. |       |
| 997300 |       | DEBARTAJE              |       | ART.63 |       | SERVICIO AMBULATORIO      |       |
| 997102 |       | SELLANTE FOTOCURADO    |       | 900601 |       | TAMIZAJE VISUAL           |       |
| 997101 |       | SELLANTE AUTOCURADO    |       | 993501 |       | POUO                      |       |
| 997103 |       | APLICACION FLUOR       |       | 993503 |       | HEPATIS B                 |       |
| 997310 |       | CONTROL PLACA          |       | 993122 |       | D.P.T.                    |       |
| 890201 |       | CONSULTA MEDICA PYP    |       | 993104 |       | H.I.B.                    |       |
| 890301 |       | CONTROL MEDICO PYP     |       | 993102 |       | B.C.G.                    |       |
| 890305 |       | CONTROL ENFERMERIA PYP |       | 993522 |       | TRIPLE VIRAL              |       |
| 892901 |       | TOMA CIROLOGIA         |       | 993130 |       | PENTAVALENTE              |       |
| 898001 |       | LECTURA CIROLOGIA      |       | 993120 |       | T.T.T.D.                  |       |
|        |       | GUACENA - FRE          |       |        |       | OTROS SERVICIOS           |       |
|        |       | CUADRO HEMANCO         |       |        |       |                           |       |
|        |       | PARCIAL ORINA          |       |        |       |                           |       |
|        |       | SEROLOGIA              |       |        |       |                           |       |
|        |       | REMOCLASIFICACION      |       |        |       |                           |       |
|        |       | CREATININA             |       |        |       |                           |       |
|        |       | COLESTEROL TOTAL       |       |        |       |                           |       |
|        |       | COLESTEROL HDL         |       |        |       |                           |       |
|        |       | COLESTEROL LDL         |       |        |       |                           |       |
| 19497  |       | GRAN TENCION Y LECTURA |       |        |       |                           |       |
| 19157  |       | BACIOSCOPIA            |       |        |       |                           |       |

SUB-TOTAL \$: \_\_\_\_\_  
 CUOTA RECUPERACION \$: \_\_\_\_\_  
 VALOR A COBRAR \$: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA RESPONSABLE I.P.S.



## Crecimiento y Desarrollo

| UNIDAD NIVEL I LA VEGA  |                    |                  |      |                 |                       | H.C.            |                   |      |      |       |
|---|--------------------|------------------|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-------------------|------|------|-------|
| DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| Nombres y Apellidos:  |                    |                  |      |                 | Identificación: RC TT |                 |                   |      |      |       |
| Entidad: C S V  |                    |                  |      |                 | No. Carné:            |                 |                   |      |      |       |
| <b>FECHA</b>  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>EDAD (Meses)</b>   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>PESO / TALLA</b>   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   |                    | P.               | Gr.  | T.              | Cm.                   | P.              | Gr.               | T.   | Cm.  |       |
| <b>PERÍMETRO CEFAL/TORÁCICO</b>   |                    | P.C.             | Cm.  | P.T.            | Cm.                   | P.C.            | Cm.               | P.T. | Cm.  |       |
| <b>SIGNOS VITALES</b>   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   |                    | F.C.             | F.R. | TEMP.           | F.C.                  | F.R.            | TEMP.             | F.C. | F.R. | TEMP. |
| <b>ANAMNESIS</b><br>(Síntomas, tipo de alimentación, beneficio de programas, estado vacunal, escolaridad) |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| CABEZA  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| OJOS (AGUDEZA VISUAL)   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| NARIZ   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| OÍDOS (AGUDEZA VISUAL)  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| BOCA  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| CUELLO  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| ÓRAX - CARDIO - RESPIRATORIO  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| ABDOMEN   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| GENITOURINARIO  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| ANO   |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| EXTREMIDADES  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| PIFL  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>SISTEMA NERVIOSO</b>   |                    |                  |      | <b>ADECUADA</b> | <b>INADECUADA</b>     | <b>ADECUADA</b> | <b>INADECUADA</b> |      |      |       |
| <b>VALORACIÓN DE HIGIENE</b>  | ITEM               |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | Cabello            |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | Dientes            |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | Oídos              |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | Cuello             |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | Manos              |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| Pies  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>VALORACIÓN DEL DESARROLLO POR CONDUCTAS</b>  | MOTORA             |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | ADAPTATIVA         |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | LENGUAJE           |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | PERSONAL SOCIAL    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>CRECIMIENTO</b>  | CURVA PESO         | SATISFACTORIO    |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   |                    | NO SATISFACTORIO |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | CURVA TALLA        | SATISFACTORIO    |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   |                    | NO SATISFACTORIO |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>ESTADO NUTRICIONAL</b><br>* Normal * Exceso de peso<br>* A riesgo de DNT * DNT Aguda<br>* DNT Crónica  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>DIAGNÓSTICO (S)</b>  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| <b>CONDUCTAS</b>  | REMISIÓN           |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | OTRAS              |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | EDUCACIÓN          |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | OBSERVACIONES      |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
|   | FECHA PRÓXIMA CITA |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |
| RESPONSABLE REG.  |                    |                  |      |                 |                       |                 |                   |      |      |       |

Talleres Educativos del Departamento, C.A. No. 140 TALLERES EDUCATIVOS

## Detección de Alteraciones en el Adulto Mayor

**ESE SURORIENTE**  
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL SURORIENTE  
 NIT: 900.145.572-9



### DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL ADULTO MAYOR

#### 1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DOC. IDEN. \_\_\_\_\_  
 PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ HIC \_\_\_\_\_

| 2. ANTECEDENTES FAMILIARES  |    |    |            | 3. ANTECEDENTES PERSONALES |    |    |             |
|-----------------------------|----|----|------------|----------------------------|----|----|-------------|
|                             | SI | NO | PARENTESCO |                            | SI | NO | CUAL O TIPO |
| H.T.A                       |    |    |            | Hipertensión Arterial      |    |    |             |
| Diabetes                    |    |    |            | Diabetes Mellitus          |    |    |             |
| Tuberculosis                |    |    |            | Tuberculosis               |    |    |             |
| Cáncer                      |    |    |            | Cáncer                     |    |    |             |
| Cardiopatías                |    |    |            | Cardiopatías               |    |    |             |
| Enf. Auto Inmunes           |    |    |            | Enf. uto Inmunes           |    |    |             |
| Epilepsia                   |    |    |            | Epilepsias                 |    |    |             |
| Transt. Mentales            |    |    |            | Transt. Mentales           |    |    |             |
| Transt. Metabolismo Lípidos |    |    |            | Trans. Metabolismo lípidos |    |    |             |
| Otros . Cuales ?            |    |    |            | Cirugías                   |    |    |             |
|                             |    |    |            | Otros . Cuales ?           |    |    |             |

| FACTORES DE RIESGO |    |    |              |
|--------------------|----|----|--------------|
|                    | SI | NO | OBSEVACIONES |
| Tabaquismo         |    |    |              |
| Alcoholismo        |    |    |              |
| Drogadicción       |    |    |              |
| Sedentarismo       |    |    |              |
| Estrés             |    |    |              |
| Obesidad           |    |    |              |
| Nutricionales      |    |    |              |
| Psicosociales      |    |    |              |
| Exposición a Humos |    |    |              |
| Laborales          |    |    |              |
| Otros . Cuales?    |    |    |              |

#### 4. EXAMEN FÍSICO

Signos vitales : FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ P.A. SENTADO \_\_\_\_\_ P.A. ACOSTADO \_\_\_\_\_  
 Valora, antro: PESO \_\_\_\_\_ KG TALLA \_\_\_\_\_ CM IMC \_\_\_\_\_ RELA. CINTU. CADER \_\_\_\_\_  
 Aspecto General : \_\_\_\_\_  
 Cabeza : \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_  
 Boca : \_\_\_\_\_ ORL \_\_\_\_\_  
 Cuello : \_\_\_\_\_ c/p : \_\_\_\_\_  
 Mamas : \_\_\_\_\_ Abdomen : \_\_\_\_\_  
 Genito Urinario : \_\_\_\_\_ T. Rectal : \_\_\_\_\_  
 Extremidades : \_\_\_\_\_ Piel : \_\_\_\_\_  
 SNC : \_\_\_\_\_  
 Agud. Visual : \_\_\_\_\_ Agud. Visual \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO : \_\_\_\_\_

## Programa de Prevención de Alteraciones en el Joven

**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL SURORIENTE  
NIT: 900.145.572-9



**PROGRAMA DE PREVENCIÓN  
DE ALTERACIONES EN EL JOVEN**

|   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
|---|-----|---|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| FECHA _____   |     | HISTORIA CLÍNICA _____  |  |     |     |     |  |  |  |
| SEGURIDAD SOCIAL: CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>   |     | SUBSIDIADO EMPRESA <input type="checkbox"/> VINCULADO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>1. ANAMNESIS</b>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| NOMBRE: _____   |     | FECHA DE NACIMIENTO: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;">DÍA</td><td style="width: 20px;">MES</td><td style="width: 20px;">AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> EDAD: _____ AÑOS |  | DÍA | MES | AÑO |  |  |  |
| DÍA   | MES | AÑO   |  |     |     |     |  |  |  |
|   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>   |     | ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| OCUPACIÓN: _____  |     | DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>2. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| ASMA <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/>  |     | DIABETES <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> CÁNCER <input type="checkbox"/> I.M.A. <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/>   |  |     |     |     |  |  |  |
| PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS <input type="checkbox"/>  |     | CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/> FUMADORES <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| ALERGIAS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CUAL? _____  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>ANTECEDENTES DE ENTORNO FAMILIARES</b>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| DEPENDENCIA ECONÓMICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |     | DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE: _____  |  |     |     |     |  |  |  |
| OCUPACIÓN DE LOS PADRES: PADRE _____ MADRE _____  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>3. ANTECEDENTES PERSONALES</b>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| ASMA <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> CÁNCER <input type="checkbox"/> I.M.A. <input type="checkbox"/> TRAUMAS <input type="checkbox"/> TABACOS <input type="checkbox"/> |     | HIPOGLICEMIA <input type="checkbox"/> CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| E. INFECCIONES <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> ALERGIAS <input type="checkbox"/> E. ACIDO PÉPTICA <input type="checkbox"/> E. GENITOURINARIA <input type="checkbox"/>   |     | QUIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> CONSUMOS DE OTRA SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> CUAL? _____   |  |     |     |     |  |  |  |
| OTRO <input type="checkbox"/> CUAL? _____   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>4. SITUACIÓN PERSONAL</b>  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*ESCOLARIDAD</b>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/>  |     | SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| PRIMARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/>  |     | SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> GRADO CURSADO ACTUALMENTE: _____   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*INSTITUCIONES DE ESTUDIO:</b> _____   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*COMPONENTE OCUPACIONAL:</b> OCUPACIÓN ACTUAL: _____ OCUPACIÓN ANTERIOR PREDOMINANTE: _____  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| RIESGOS: QUÍMICO <input type="checkbox"/> FÍSICO <input type="checkbox"/> ERGONÓMICO <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*PERTENECE A GRUPOS DE ORGANIZADOS:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL? _____  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*USO DE ARMAS:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>ANTECEDENTES JUDICIALES:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*RELIGIÓN:</b> CATÓLICA <input type="checkbox"/> CRISTIANA <input type="checkbox"/> EVANGÉLICA <input type="checkbox"/> PROTESTANTE <input type="checkbox"/> TESTIGOS DE JEHOVÁ <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? _____       |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*RELACIONES FAMILIARES SON:</b> BUENAS <input type="checkbox"/> REGULARES <input type="checkbox"/> MALAS <input type="checkbox"/> LEJANAS <input type="checkbox"/>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*DEPENDE ECONÓMICA MENTE DE SUS PADRES:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>*ANTECEDENTES PSICOSOCIALES</b>  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| ALTERAC. POR PATOL. CATAS. <input type="checkbox"/>   |     | DESPLAZADO O VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA <input type="checkbox"/> CRISIS SITUACIONAL <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| MALTRATO FÍSICO EMOCIONAL <input type="checkbox"/>  |     | INTENTO DE SUICIDIO <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| VIOLACIÓN O ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/>   |     | ADOLESCENTE TRABAJADOR <input type="checkbox"/> DUELO <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE? _____  |     | OTROS <input type="checkbox"/> CUAL? _____  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>LA FIGURA DE AUTORIDAD EN LA FAMILIA ES:</b>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANOS <input type="checkbox"/>   |     | ABUELOS <input type="checkbox"/> TIOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>ACTIVIDAD FÍSICA:</b> PRACTICA ALGÚN DEPORTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL? _____  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>HÁBITOS ALIMENTICIOS:</b> CONSUME USTED ? Y CON QUE FRECUENCIA   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| VEGETALES <input type="checkbox"/>  |     | LECHE <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| FRUTAS <input type="checkbox"/>   |     | HARINAS <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| CARNES <input type="checkbox"/>   |     | LEGUMBRES <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| HUEVOS <input type="checkbox"/>   |     | DULCES <input type="checkbox"/>   |  |     |     |     |  |  |  |
| COMIDAS RÁPIDAS <input type="checkbox"/>  |     | ENLATADOS <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
|   |     | GASEOSAS <input type="checkbox"/>   |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>ANTECEDENTES RELACIONADOS CON SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN</b> F.U.M. DÍA _____ MES _____ AÑO _____   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN O ESPERMARCA: _____ AÑOS   |     | CICLOS REGULARES <input type="checkbox"/>   |  |     |     |     |  |  |  |
| PRIMERA RELACIÓN SEXUAL <15 <input type="checkbox"/>  |     | DISMENORREA <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| Nº DE COMPAÑEROS ÚLTIMO AÑO: _____  |     | VIDA SEXUAL ACTIVA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |  |     |     |     |  |  |  |
| G _____ P _____ C _____ A _____ E _____ M _____   |     | SANGRADO NORMAL <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| PRIMERA GESTACIÓN <18 <input type="checkbox"/>  |     | 18-34 <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| 35 Y MAS <input type="checkbox"/>   |     | MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: _____  |  |     |     |     |  |  |  |
| RESULTADO: NORMAL SATISFACTORIA <input type="checkbox"/>  |     | CAMBIOS CONGÉNITOS <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>  |  |     |     |     |  |  |  |
| *TIENE HIJOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |     | CUANTOS? _____  |  |     |     |     |  |  |  |
| *SABES QUE ES QUE CONSECUENCIAS TRAE LA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |     |   |  |     |     |     |  |  |  |
| *HA TENIDO UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |     |   |  |     |     |     |  |  |  |

## Detección Temprana de Alteraciones de la Agudeza Visual

**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT: 900.145.572-9



**DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES  
DE LA AGUDEZA VISUAL**

### 1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Historia: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_ EPS / ARS: \_\_\_\_\_

| Fecha Nacimiento |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Día              | Mes | Año |
|                  |     |     |

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_ Urbano: \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria (grado): \_\_\_\_\_ Secundaria (grado): \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_\_

### 2. PREGUNTAS

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| Tiene visión borrosa de lejos              |    |    |
| Tiene visión borrosa de cerca              |    |    |
| Para ver bien necesita gafas o lentes      |    |    |
| Su visión mejora con gafas o lentes        |    |    |
| Tiene visión doble                         |    |    |
| Sufre oscurecimiento pasajero de la vista. |    |    |
| Sufre de dolor de uno o ambos ojos         |    |    |

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| Ve apariciones de rayos o círculos de colores al rededor de las luces |    |    |
| Sufre dolor de cabeza   |    |    |
| Visión de destellos, relámpagos, chispas o rayos de luz               |    |    |
| Visión de puntos, bandas(parches) o sombras flotantes                 |    |    |
| Tiene rasquiña persistente en ojos o Párpados                         |    |    |
| Cuando lee le da sueño cansancio ardor en los ojos                    |    |    |
| Se le saltan los rengiones  |    |    |

### 3. EXAMEN FÍSICO INICIAL DE OJOS: \_\_\_\_\_

### 4. OTROS PROBLEMAS DE LOS OJOS:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Párpado caído<br><input type="checkbox"/> Caspa o enrojecimiento en el borde de los párpados<br><input type="checkbox"/> Ojo enrojecido<br><input type="checkbox"/> Secreción o excesivo lagrimeo en ojos | <input type="checkbox"/> Un ojo o su cornea mas grande que el otro<br><input type="checkbox"/> Ojo desviado (Estrabismo)<br><input type="checkbox"/> Pteriglos<br><input type="checkbox"/> Otro |
|--|---|

### 5. EXAMEN DE VISIÓN LEJANA

| EDAD                    | 4 | 11 | 16 | 45 |
|-------------------------|---|----|----|----|
| FECHA                   |   |    |    |    |
| OJO DERECHO             |   |    |    |    |
| OJO IZQUIERDO           |   |    |    |    |
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICA   |   |    |    |    |
| REMISIÓN A OFTALMOLOGIA |   |    |    |    |
| CONTROL REALIZADO POR:  |   |    |    |    |

## Vacunación

CONSERVE ESTE CARNET  
 SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL  
 DEL ESQUEMA DE VACUNACION  
 PRESENTELO SIEMPRE  
 QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD  
 TODO NIÑO VACUNADO ESTA PROTEGIDO CONTRA  
 ENFERMEDADES GRAVES

DESPUES DE LA VACUNACION EL NIÑO PUEDE PRESENTAR REACCIONES  
 COMO: FIEBRE, DOLOR Y BROTE. ESTAS REACCIONES SON NORMALES  
 Y SIGNIFICA QUE EL NIÑO ESTA PRODUciendo DEFENSAS CONTRA LAS  
 ENFERMEDADES PARA LAS CUALES FUE VACUNADO.  
 EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA REACCION DISTINTA A LAS  
 ANTERIORES, CONSULTE A LA INSTITUCION DE SALUD MAS CERCANA

MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCION DEPARTAMENTAL  
 DE SALUD DEL CAUCA  
**CARNE DE VACUNACION**  
 HISTORIA CLINICA No. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL VACUNADO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCION: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
 SU PROXIMA CITA ES (con lapiz) \_\_\_\_\_

Imp. por Sur Offset - Calle 1 No. 15A-20 Tel. 421000 Psp

## Detección de Cuello Uterino

**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL SURORIENTE  
 NIT: 900.145.572-9

**CITOLOGÍA SEXO - ENDOCERVICAL**  
 Sistema de Bethesda

| DATOS CLINICOS  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Fecha:  | Entidad:   | No. Identificación:   | Placa Número:  |
| Nombre y Apellido:  |  | Edad:   |  |
| Procedencia:  | Dirección:   | Teléfono:   |  |
| FUM <input type="checkbox"/>  | Método Anticonceptivo<br>G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |   | Tratamiento Hormonal<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| Normal <input type="checkbox"/>   | Erosión Periorificaria <input type="checkbox"/>  | Hipertrófico <input type="checkbox"/>   | Leucorrea <input type="checkbox"/> DIU Visible <input type="checkbox"/> Sangrado Endocervical <input type="checkbox"/> Histerectomía SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| REPORTE CALIDAD DE LA MUESTRA   |  |   |  |
| Satisfactoria <input type="checkbox"/>  | Insatisfactoria <input type="checkbox"/>   | Por: _____  |  |
| DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO   |  |   |  |
| Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad  |  |   |  |
| 1. Microorganismos: Trichomonas <input type="checkbox"/>  |  | Compatible con Candida <input type="checkbox"/> Compatible con Herpes <input type="checkbox"/>  |  |
| 2. Otros hallazgos  |  | Sugestivo de Vaginosis Bacteriana <input type="checkbox"/>  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cambios Celulares Reactivos<br><input type="checkbox"/> Inflamación<br><input type="checkbox"/> Radioterapia<br><input type="checkbox"/> Cambios por DIU<br><input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Sin inflamación <input type="checkbox"/> Con inflamación<br><input type="checkbox"/> Células Glandulares Post Histerectomía |  |   |  |
| ANORMALIDADES DE LAS CELULAS EPITELIALES  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Células Escamosas<br><input type="checkbox"/> Células Escamosas Atípicas<br><input type="checkbox"/> ASC - US ( Células Escamosas de significado indeterminado)<br><input type="checkbox"/> ASC - H ( Células Escamosas que no excluyen H-SIL)   |  | <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa intraepitelial de bajo grado(L-SIL)<br><input type="checkbox"/> Condiloma (HPV)<br><input type="checkbox"/> NIC I (Displasia leve)<br><input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado (H-SIL)<br><input type="checkbox"/> NIC II (Displasia moderada)<br><input type="checkbox"/> NIC III (Displasia severa o carcinoma IN SITU)<br><input type="checkbox"/> NIC III con características sospechosas de invasión<br><input type="checkbox"/> Carcinoma Escamocelular |  |
| <input type="checkbox"/> Células Glandulares<br><input type="checkbox"/> Células Endocervicales Atípicas<br><input type="checkbox"/> Células Endometriales Atípicas<br><input type="checkbox"/> Células Glandulares Atípicas<br><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma IN SITU (AIS)<br><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma  |  | OBSERVACIONES:  |  |
| EVALUACION GENERAL  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD <input type="checkbox"/> ANORMALIDADES DE LAS CELULAS EPITELIALES   |  |   |  |
| CITOLOGO(A): _____  |  | PATOLOGO(A): _____  |  |
| PAUTAS DE INTERPRETACION EN LAS ANORMALIDADES DE LAS CELULAS EPITELIALES Y ALGUNAS NORMAS: VER AL RESPALDO  |  |   |  |

# Planificación Familiar



DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA  
UNIDAD NIVEL I DE ALMAGUER  
Nº: 817.002.681-9

REGISTROS MÉDICOS  
SIS - 406

## ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

### A. - IDENTIFICACIÓN

|              |                            |         |                     |
|--------------|----------------------------|---------|---------------------|
| 1er APELLIDO | 2o. APELLIDO (o de casada) | NOMBRES | No HISTORIA CLINICA |
|--------------|----------------------------|---------|---------------------|

### B. - ANTECEDENTES

#### 1. FAMILIARES

|                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. HIPERTENSIÓN | SI                       | NO                       | NO SABE                  | 4. HEPATOPATÍAS | SI                       | NO                       | NO SABE                  |
| 2. DIABETES     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. TUMORES      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. CARDIOPATÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. MENTALES     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2. PERSONALES

|                   |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |  |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. HIPERTENSIÓN   | SI                       | NO                       | NO SABE                  | 9. MENTALES                     | SI                       | NO                       | NO SABE                  | <b>ESCOLARIDAD</b><br>PRIMARIA INCOMP.<br>PRIMARIA COMPLETA<br>SECUND. INCOMP.<br>SECUND. COMPLETA<br>UNIVERSITARIA<br>OTRA (Cuál) _____ |
| 2. DIABETES       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. INFECCIÓN PELVICA           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. CARDIOPATÍAS   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. INFECCIÓN CERVICAL          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 4. HEPATOPATÍAS   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. FLUJO VAGINAL               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 5. NEFRITIS       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. GINECOLOGÍA                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 6. TUMORES        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. OTROS                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 7. TROMBOFLEBITIS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. RESULTADO CITOLOGÍAS PREVIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 8. FUMA           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FECHA                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| CUANTOS DIARIOS   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 | DÍA                      | MES                      | AÑO                      |  |

#### 3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

| NÚMERO DE ORDEN | TERMINACIÓN DEL EMBARAZO |                    |               |         |        |               | PRODUCCIÓN      |  | No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE |
|-----------------|--------------------------|--------------------|---------------|---------|--------|---------------|-----------------|--|--------------------------------|
|                 | AÑO DE TERMINACIÓN       | MESES DE GESTACIÓN | PARTO VAGINAL | CESAREA | ABORTO | NACIDOS VIVOS | NACIDOS MUERTOS |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |
|                 |                          |                    |               |         |        |               |                 |  |                                |

OBSERVACIONES

OTROS ANTECEDENTES GINE-OBSTÉTRICOS MENARQUÍA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTÓPICOS, CIRUGÍA Y OTROS

#### 4. HISTORIA MENSTRUAL

|         |    |                          |                           |     |     |   |
|---------|----|--------------------------|---------------------------|-----|-----|---|
| CICLO   | SI | <input type="checkbox"/> | FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN |     |     | TRANSTORNOS MENSTRUALES                                 |
| REGULAR | NO | <input type="checkbox"/> | DÍA                       | MES | AÑO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|         |    |                          |                           |     |     | TIPO _____  |

HA USADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI NO

| MÉTODO UTILIZADO | TIEMPO DE UTILIZADO |   | PRESCRITO EN |            |      |         | PROBLEMAS |
|------------------|---------------------|---|--------------|------------|------|---------|-----------|
|                  | DE                  | A | MINSALUD     | PROFAMILIA | OTRO | NINGUNO |           |
|                  |                     |   |              |            |      |         |           |
|                  |                     |   |              |            |      |         |           |
|                  |                     |   |              |            |      |         |           |



## Sistema de Información al Usuario (SIAU)

**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT: 900.145.572-9



### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

#### FECHA

Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro donde lo atendieron: \_\_\_\_\_

Nombre del servicio donde lo atendieron: \_\_\_\_\_

Califique con una X, teniendo en cuenta que: B= Bueno, R = Regular, M = Malo

|  | B | R | M |
|--|---|---|---|
| Rapidez con que le asignaron la cita   |   |   |   |
| Amabilidad en la atención del personal administrativo (secretaría, facturadores) |   |   |   |
| Rapidez con que lo atendieron  |   |   |   |
| Comodidad del lugar donde lo atendieron  |   |   |   |
| Amabilidad del personal asistencial al atenderlo (Medico, odontólogo, enfermera) |   |   |   |
| Limpieza del lugar donde lo atendieron   |   |   |   |
| Claridad de las orientaciones recibidas  |   |   |   |
| Atención del Medico, Odontólogo o Enfermera al escucharlo sobre su problema      |   |   |   |
| Solución de su problema de salud   |   |   |   |
| Recibió todos los medicamentos que le fueron formulados                          |   |   |   |
| En general la atención en el servicio fue...                                     |   |   |   |

Responda SI o NO según el caso

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Recomendaría este servicio a otra persona? |    |    |
| ¿Está satisfecho con la atención recibida?  |    |    |

¿Tiene algún comentario o sugerencia acerca del servicio recibido?

Nombre: \_\_\_\_\_ CC O TI: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

Afiliación, subsidiado: \_\_\_\_\_ Contributivo: \_\_\_\_\_ No afiliado: \_\_\_\_\_

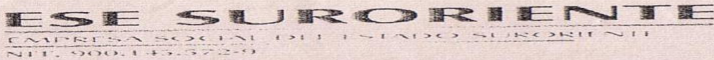

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_





**ANEXO 3.**

**Acta de Integración del Grupo en la Sede Principal La Vega.**

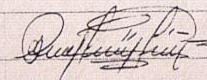
**ESE SURORIENTE**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE  
NIT. 900.149.572-9

GRUPO OPERATIVO EQUIPO MECI 1000:2005

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE ESE<br>PUNTO DE ATENCION    |                                     |                                 |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| INTEGRACION DEL GRUPO OPERATIVO DENOMINADO EQUIPO MECI 1000:2005 |                                     |                                 |
| <b>1. COORDINADOR EQUIPO MECI</b>                                |                                     |                                 |
| NOMBRE: JESUS ALBERTO MENDOZA<br>CARGO: MEDICO                   | FIRMA: <i>Jesus Alberto Mendoza</i> |                                 |
| <b>2. INTEGRANTES EQUIPO MECI</b>                                |                                     |                                 |
| NOMBRE   | CARGO                               | FIRMA                           |
| ANDRES ARTURO ESCAMILLA ACEVEDO                                  | MEDICO                              | <i>Andrés Escamilla Acevedo</i> |
| KAREN DEL CARMEN HERNADEZ MEZA                                   | BACTERIOLOGA                        | <i>Karen Hernandez Meza</i>     |
| JOHANA RODRIGUEZ POSADA  | MEDICO S.S.O                        | <i>Johanna Rodriguez Posada</i> |
| RUBY MARGARITA CAICEDO RENGIFO                                   | AUXILIAR DE FARMACIA                | <i>Ruby Caycedo Rengifo</i>     |
| JHON JADER NUÑEZ   | ENFERMERO S.S.O                     | <i>Jhon Jader Nuñez</i>         |
| CLAUDIA MILENA RENGIFO RUIZ                                      | AUXILIAR ADMINISTRATIVO             | <i>Claudia M. Rengifo Ruiz</i>  |
| NEILA CONSTANZA CHITO PIAMBA                                     | AUX. CONSULTORIO ODON.              | <i>Neila Constanza Chito P.</i> |
| EIBAR ERNEY BUITRON  | AUXILIAR DE ENFERMERIA              | <i>Eibar Erney Buitron R.</i>   |

RODRIGO QUINAYAS QUINAYAS

CONDUCTOR



BENJAMIN HERNAN MUÑOZ RUANO

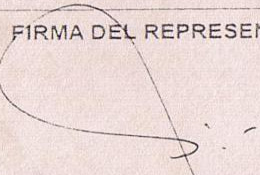
CAJERO - FACTURADOR

Benjamin hernan muñoz ruano

3. FUNCIONES:

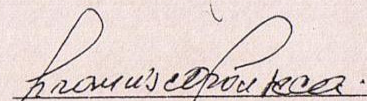
- Adelantar el proceso de diseño e implementación del Modelo bajo las orientaciones del representante de la dirección
- Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo.
- Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Modelo.
- Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas de diseño e implementación del Modelo al representante de la dirección, para su aplicación.
- Trabajar en coordinación con los servidores designados por área en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Modelo.

4. FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION QUE GARANTIZA LA OPERACIÓN DEL MECI 1000:2005



REYES ARMANDO GOMEZ ORDOÑEZ

5. FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



FRANSISCO FONSECA AMARIS

## ANEXO 4.

### Certificados de Levantamiento de Información para la Elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos Para la sede Principal La Vega.



**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SURORIENTE**  
**NIT, 900.145.572-9**

#### **CERTIFICA QUE:**

**PIEDAD CRISTINA GÓMEZ GÓMEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 34.318.099 de Popayán (Cauca) y **YUDI PATRICIA CABRERA ZUÑIGA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 34.321.278 de Popayán (Cauca), pasantes del Programa de Administración de Empresas de la Universidad del Cauca visitaron las diferentes sedes de la Entidad, como son: La Vega, Almaguer, San Sebastian y Santa Rosa, durante el periodo contractual desde el 16 de Octubre de 2.008 hasta el 21 de Octubre de 2.008 y Diciembre 2 del 2.008 hasta el 5 del 2.008. Dichas visitas se realizaron con el fin de levantar toda la información pertinente para la elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos para el Area Gerencial, Administrativa y Asistencial de la ESE Suroriental.

Para constancia de lo anterior se firma en Popayán a los dieciocho (18) días del mes de Mayo de 2.009

**PAOLA ANDREA GARCIA BELALCAZAR**  
**JEFE DE CONTROL INTERNO**

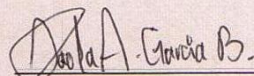
---

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SURORIENTE**  
**NIT, 900.145.572-9**

**CERTIFICA QUE:**

**PIEDAD CRISTINA GÓMEZ GÓMEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 34.318.099 de Popayán (Cauca) y **YUDI PATRICIA CABRERA ZUÑIGA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 34.321.278 de Popayán (Cauca), pasantes del Programa de Administración de Empresas de la Universidad del Cauca realizarón entrevistas a los Administrativos y el Gerente de la ESE Surorienté. Dichas entrevistas se desarrollaron en la ciudad de Popayán en su sede ubicada en el barrio El Recuerdo, los días 20, 21, 22 y 23 de enero del 2009, con el fin de levantar toda la información pertinente para la elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos para el Area Gerencial, Administrativa y Asistencial de la ESE Surorienté.

Para constancia de lo anterior se firma en Popayán a los dieciocho (18) días del mes de Mayo de 2.009



---

**PAOLA ANDREA GARCIA BELALCAZAR**  
**JEFE DE CONTROL INTERNO**

## ANEXO 5.

### Memorando Interno para la Revisión y Corrección de los Procesos y Procedimientos del Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la ESE Surorienté.



LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE SURORIENTE  
NIT, 900.145.572-9

#### MEMORANDO INTERNO

Popayán, 11 de Mayo del 2.009

Para: Coordinador Administrativo ESE Surorienté  
Personal Administrativo  
Personal Asistencial

De: Paola Andrea Garcia  
Jefe de Control Interno

Asunto: Revisión y corrección de los Procesos y Procedimientos del Área Gerencial, Administrativa y Asistencial de la Empresa Social del Estado ESE Surorienté.

Se comunica el envío de toda la documentación referente a los procedimientos Gerenciales, Administrativos y Asistenciales que se realizan en las diferentes sedes de la Entidad, elaborados por las pasantes del Programa de Administración de Empresas de la Universidad del Cauca, Piedad Cristina Gomez y Yudi Patricia Cabrera, con el fin de que sean revisados y se les realicen las respectivas correcciones. Dicha documentación junto con las correcciones se deben entregar el día 15 de Mayo, para realizar los respectivos ajustes y obtener así los procedimientos finales.

Atentamente,

Paola Andrea Garcia Belalcazar  
Jefe de Control Interno



## ANEXO 6.

### Acta para La Socialización del Manual de Procesos y Procedimientos para el Área Gerencial, Administrativa y Asistencial para la Sede La Vega de la ESE Suroriente.



#### Reuniones Asistencia Técnica

Número Acta : 004  
Fecha : Popayán 26 y 27 de Mayo del 2.009  
Hora : De 2:00 p.m a 5:00 p.m  
Lugar : Sede la Vega

#### REUNION SOCIALIZACIÓN MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL AREA GERENCIAL, ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DE LA E.S.E SUR ORIENTE

OBJETIVO: Dar a conocer a todos los funcionarios de la ESE Suroriente el Manual de Procesos y Procedimientos de la Entidad.

#### ORDEN DEL DIA:

1. Presentación del Manual de Procesos y Procedimientos
2. Exposición del Manual de Procesos y Procedimientos

#### ASISTENTES:

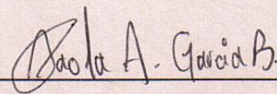
| NOMBRE Y APELLIDO       | CARGO                   |
|-------------------------|-------------------------|
| Leoneth Henriquez       | Médico                  |
| Andres Arturo Escamilla | Médico                  |
| Neiro Zuñiga            | Auxiliar de Enfermería  |
| Rolando Inchima         | Conductor               |
| Nelcy Navia             | Servicios Generales     |
| Karen Hernandez         | Bacterióloga            |
| Monica Alvarez          | Auxiliar de Laboratorio |
| Jesus Ceron             | Técnico Rayos X         |
| Benjamin Muñoz          | Facturador              |
| Rubi Caicedo            | Auxiliar de Farmacia    |
| Eivar Buitron           | Auxiliar de Enfermería  |
| Alba Hoyos              | Auxiliar de Enfermería  |
| Victor Rosero           | Higienista Oral         |

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| Jair Gomez               | Vigilante               |
| Johanna Rodriguez        | Médico                  |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b> | <b>CARGO</b>            |
| Eliesin Gomez            | Conductor               |
| Rodrigo Quinayas         | Conductor               |
| Zulma Beltran            | Cajera                  |
| Ana Julia Medina         | Servicios Generales     |
| Alvaro Leon              | Higienista Oral         |
| Johana Ortiz             | Odontóloga              |
| Claudia Rengifo          | Auxiliar Administrativo |
| Jose Adelmo Rengifo      | Auxiliar de Enfermería  |
| Aida Beltran             | Auxiliar de Enfermería  |
| Nayive Verdugo           | Odontóloga              |

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA: En el día se presentó el Manual de Procesos y Procedimientos, explicando los pasos para cada procedimiento.

**CONCLUSIONES:**

- Con la realización del presente trabajo todos los funcionarios de la entidad, se dieron cuenta de la importancia que tiene un Manual de Procesos y Procedimientos para el buen funcionamiento de la institución.
- La realización del Manual de Procesos y Procedimientos les da a todos los funcionarios de la sede una visión clara del rumbo que la entidad debe seguir y las actividades diarias que deben ejecutar para cumplir con la Misión y Objetivos propuestos.
- Es recomendable que los altos directivos de la entidad brinden apoyo para la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos



**PAOLA ANDREA GARCIA BELALCAZAR**  
**JEFE DE CONTROL INTERNO**



CAPACITACION: MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECEP 005

RESPONSABLE: PAOLA ANDREA GARCIA BELALCAZAR

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS   | IDENTIFICACION | CARGO           | FIRMA   |
|----|-----------------------|----------------|-----------------|---------|
| 1  | Leoneth Henriquez C.  | 3725674        | Medico          | [Firma] |
| 2  | Andrés Escamilla      | 8649851        | Medico          | [Firma] |
| 3  | Neiris Junigo         | 4622445        | Aux-enf         | [Firma] |
| 4  | Rolando Inchima       | 76293645       | Conductor       | [Firma] |
| 5  | Nely Leonor Navia     | 25275744       | Servicio G.     | [Firma] |
| 6  | Kerren Semondich      | 22810235       | Psicof          | [Firma] |
| 7  | Hónica fernanda Alvar | 25295179       | Aux Laboratorio | [Firma] |
| 8  | Jesús Leandro Caion P | 10290530       | Técnico RX      | [Firma] |
| 9  | Benjamin Herrera m... | 106198443      | Facturación     | [Firma] |
| 10 | Ruby Caicedo R        | 25295898 Al    | Aux Farmacia    | [Firma] |
| 11 | Eivar Bustión Ruiz    | 76293349       | Aux Enfermera   | [Firma] |
| 12 | Alba Hoyos            | 34527107       | Aux enfermera   | [Firma] |
| 13 | Victor Rosero         | 76293410       | Higienista O.   | [Firma] |
| 14 | JAIÉ GONZÁLEZ         | 76294130       | Calcedor        | [Firma] |
| 15 | Johanna Rodríguez P   | 32614968       | Medico          | [Firma] |
| 16 | Eliesin Gomez         | 4619304        | conductor       | [Firma] |
| 17 | Rodrigo Panayes       | 4619284        | conductor       | [Firma] |



CAPACITACION: MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000: 2005

RESPONSABLE: PAOLA ANDREA GARCIA BELALCAZAR

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | CARGO                            | FIRMA               |
|----|---------------------|----------------|----------------------------------|---------------------|
| 1  | ZULMA BELTRÁN M     | 25282024       | CSJERO                           | ZULMA BELTRÁN       |
| 2  | Ana Julia Arce      | 25276187       | Delegada de Salud Ana Julia Arce | Ana Julia Arce      |
| 3  | ALVARO LEON C       | 76294924       | H. ORAL                          | Alvaro Leon         |
| 4  | Johana Ortiz Pabón  | 34327750       | Odontóloga SSO                   | Johana Ortiz Pabón  |
| 5  | Claudia M. Bengio   | 25284667       | Aux Adm.                         | Claudia M. Bengio   |
| 6  | José ADELAÍDO PARRA | 761293801      | Aux. Enf.                        | José Adelaído Parra |
| 7  | Nisa Beltrán        | 251295919      | Aux de Enf.                      | Nisa Beltrán        |
| 8  | Nayive Verdugo      | 52561320       | Odontóloga                       | Nayive Verdugo      |
| 9  |                     |                |                                  |                     |
| 10 |                     |                |                                  |                     |
| 11 |                     |                |                                  |                     |
| 12 |                     |                |                                  |                     |
| 13 |                     |                |                                  |                     |
| 14 |                     |                |                                  |                     |
| 15 |                     |                |                                  |                     |
| 16 |                     |                |                                  |                     |
| 17 |                     |                |                                  |                     |

