

MANUAL INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG - SOGG – SGSST – ISO 9001:2015)

MYRIAM BEJARANO PULIDO
GERENTE
2021

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. PROPÓSITO	3
2. ALCANCE.....	4
2.1 ALCANCE	4
3. OBJETIVOS DEL MODELO INTEGRADOR DE GESTION DE CALIDAD	5
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. DESCRIPCIÓN	5
4.1 RESPONSABILIDADES Y AUTORIDAD.....	5
4.2 NATURALEZA DE LA ENTIDAD	6
4.3 CONTEXTO ESTRATÉGICO DE LA E.S.E.....	7
4.3.1 Plan de Desarrollo.....	7
4.3.2 Mapa de procesos.....	8
4.3.3 Plataforma Estratégica.....	8
4.3.4 Promesa de valor	10
4.3.5 Derechos, problemas y necesidades ciudadanas llamados a resolver descritos en el Direccionamiento Estratégico	10
4.4 POLÍTICAS INSTITUCIONALES	14
4.4.1 Política de Humanización	14
4.4.2 Política de calidad y prestación de servicios.....	15
4.4.3 Confidencialidad y conflicto de intereses	15
4.4.4 Política de optimización del recurso	15
4.5 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	15
4.6 PARTES INTERESADAS Y GRUPOS DE INTERÉS.....	17
5. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA ESE	20
A. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.	20
B. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	30
C. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST).....	48
D. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG):.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	55

INTRODUCCIÓN

El MANUAL INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG - SOGC – SGSST - ISO 9001:2015) está liderado por la alta dirección y su desarrollo está soportado en las competencias y habilidades de cada uno de los colaboradores de la ESE, de acuerdo con el quehacer institucional, los principios de calidad, las políticas y la normatividad que orientan la prestación de los servicios en el Hospital.

La política de calidad está alineada con el objeto misional, en este sentido, el compromiso de la Entidad está orientado a liderar e impulsar la cultura de mejora continua en la prestación de los servicios de salud habilitados, para satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos y de las demás partes interesadas. En este marco, se implementó el Sistema de Gestión de Calidad- SGC, el cual cumple con los requisitos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC), el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) e ISO 9001:2015.

Por lo anterior, la Gerencia expresa su compromiso de liderar la sensibilización, de los beneficios del **Modelo Integrado de Planeación y Calidad**, para fortalecer los procesos de control y mejora continua. Lo anterior, con la participación del equipo de apoyo a la Gerencia y el apoyo de todos los colaboradores de la ESE.

El Hospital Roberto Quintero Villa, Empresa Social del Estado de Montenegro Quindío, de baja complejidad, ha propuesto consolidarse en el sector como una de las Instituciones con proyección hacia el mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los usuarios, enfocando su gestión de la Calidad, a partir de la implementación de un Modelo Integrado de Planeación–Gestión de Calidad, apoyado por otros componentes transversales como son la Seguridad y la Humanización en la atención de los Usuarios

1. PROPÓSITO

El MANUAL INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG - SOGC – SGSST - ISO 9001:2015) del Hospital Roberto Quintero Villa ESE, tiene como propósito describir la estructura, contexto, métodos de medición, control y mejoramiento continuo de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad (SOGC), al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, al Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma internacional ISO 9001:2015 y en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, articulando su direccionamiento estratégico, políticas y procesos para lograr el cumplimiento de la normatividad aplicable, los objetivos institucionales, el mejoramiento institucional, la satisfacción de las necesidades, expectativas de los ciudadanos y las partes interesadas y

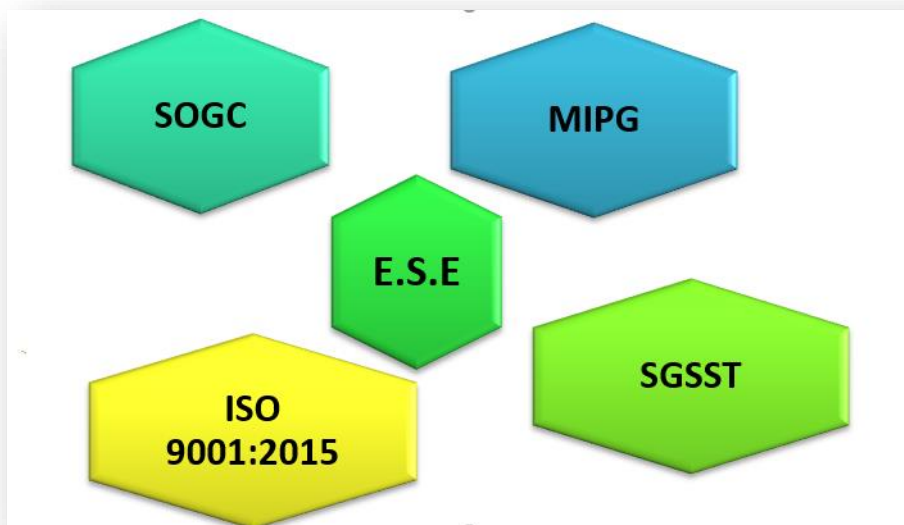
DOCUMENTO CONTROLADO

la búsqueda de la eficiencia, eficacia y efectividad organizacional.

A través de la integración de estos sistemas se optimizan procesos que cruzan horizontal y verticalmente a toda la Institución, permitiendo el manejo adecuado de recursos que van encaminados a la satisfacción del usuario, ya que se identifican y asocian elementos comunes entre estos, de tal manera que se evite la repetición de actividades o duplicidad de esfuerzos.

Este Manual, contribuye al mejoramiento de los procesos y es un referente para los colaboradores de la ESE y partes interesadas para conocer su misionalidad.

2. ALCANCE



2.1 ALCANCE

Este manual describe los elementos y la estructura del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, productos e interrelaciones), el cual ha sido desarrollado de conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, con el Decreto 1499 de 2017 en relación con la articulación con el Sistema de Control Interno e integración con los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad (MIPG), y la complementariedad con otros sistemas de gestión, como el Sistema obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud.

El Manual involucra todos los Macroprocesos de Gerencia y Direccionamiento,

DOCUMENTO CONTROLADO

Asistenciales y de Apoyo, con sus respectivos procesos y subprocesos: Ver mapa de procesos.

3. OBJETIVOS DEL MODELO INTEGRADOR DE GESTION DE CALIDAD

3.1 OBJETIVO GENERAL

Promover la gestión e interacción de los procesos, su desarrollo, mantenimiento y mejora continua, para la prestación de los servicios de salud, con calidad humana, científica y tecnológica, a través del desarrollo armónico de los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001- 2015), el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, consolidando todos los elementos que se requieren para que la entidad opere integralmente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Articular los procesos de auditoria de la organización, al Modelo integrado de Planeación – Gestión de Calidad
- Implementar y hacer seguimiento al Modelo Integrado
- Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motor de la generación de resultados en la ESE.
- Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de la entidad para la generación de servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los usuarios y el cumplimiento de requisitos normativos y legales.
- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma oportuna de decisiones y la mejora continua.

4. DESCRIPCIÓN

4.1 RESPONSABILIDADES Y AUTORIDAD

El Hospital Roberto Quintero Villa adoptó mediante Resolución No. 0218 de 2018 el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, para lo cual fue necesario designar responsables de

DOCUMENTO CONTROLADO

sistemas y conformar la institucionalidad requerida por el Decreto 1499 de 2017.

a) Designación de responsables de los Sistemas:

Responsable del SGC ISO 9001: 2015 y SOGC: Líder de Calidad

Responsable del SGSST: Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo

Responsable de MIPG: Líder de Planeación

b) Conformación del Comité Gestión y Desempeño, mediante Resolución No. 0084 febrero 18 de 2021

c) Conformación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante Resolución No. 0368 de mayo 30 de 2018

d) Actualización de la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo "COPASST" mediante Resolución No. 0022 enero 22 de 2019, por medio de la cual se ratifican los representantes de los empleados ante el Comité Paritario de SST para el periodo 2019-2021, Mediante Resolución No. 0028 de enero 28 de 2019 por medio de la cual se designan los representantes de la gerencia ante el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo para el periodo 2019-2021

La oficina de planeación es la responsable de actualizar el Manual y la oficina de calidad lo divulgará, con el propósito de garantizar el conocimiento institucional.

La revisión del manual se realizará por lo menos una vez al año.

4.2 NATURALEZA DE LA ENTIDAD

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.

Así mismo, define que la ESE tiene por objeto "El objetivo de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Desde el jueves 16 de febrero de 2017, el Hospital de Montenegro San Vicente ESE, cambia de razón social por el de Hospital Roberto Quintero Villa ESE.

El cambio de nombre, fue aprobado por el Concejo Municipal de Montenegro, tras la propuesta ciudadana liderada por el alcalde Álvaro Hernández Gutiérrez, y que había sido



Certificado No. SC 5858-1

DOCUMENTO CONTROLADO

acogida por la Junta Directiva de la entidad y el Concejo Municipal, el pasado 22 de agosto de 2016. Se hizo efectivo este 16 de febrero tras la firma del acto administrativo mediante el cual se adoptó la nueva razón social.

4.3 CONTEXTO ESTRATÉGICO DE LA E.S.E

4.3.1 Plan de Desarrollo

El Plan de desarrollo 2020-2024 “La salud ...nuestro compromiso”, es el resultado de la visión compartida y la construcción colectiva del deber ser de la E.S.E. Se constituye en la carta de navegación de la Institución, que permita alcanzar los objetivos de desarrollo propuestos por los servidores guardando armonía y coherencia con el Plan de Desarrollo Municipal, “Activos por Montenegro” 2020 – 2023.

Los elementos articuladores del Plan de Desarrollo, están organizados de forma sistemática con el fin de cumplir los objetivos y metas institucionales que le son propios de acuerdo a su competencia.

4.3.1.1 Objetivo del Plan de Desarrollo

Definir y desarrollar las Estrategias del Plan de Desarrollo 2020-2024 del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E de Montenegro Quindío.

4.3.1.2 Líneas estratégicas

La ESE, mediante acciones participativas y colaborativas de su cliente interno, define para el cuatrienio 2020 - 2024 que sus esfuerzos se enfocarán en cinco (5) líneas estratégicas, como punto de referencia para la acción.

Las líneas estrategias definidas son:

1. Gestión estratégica del Talento Humano
2. Modelo de atención integral en salud
3. Gestión de la Calidad
4. Eficiencia operacional
5. Gestión administrativa transparente

4.3.1.2 Planes de Acción, Proyectos



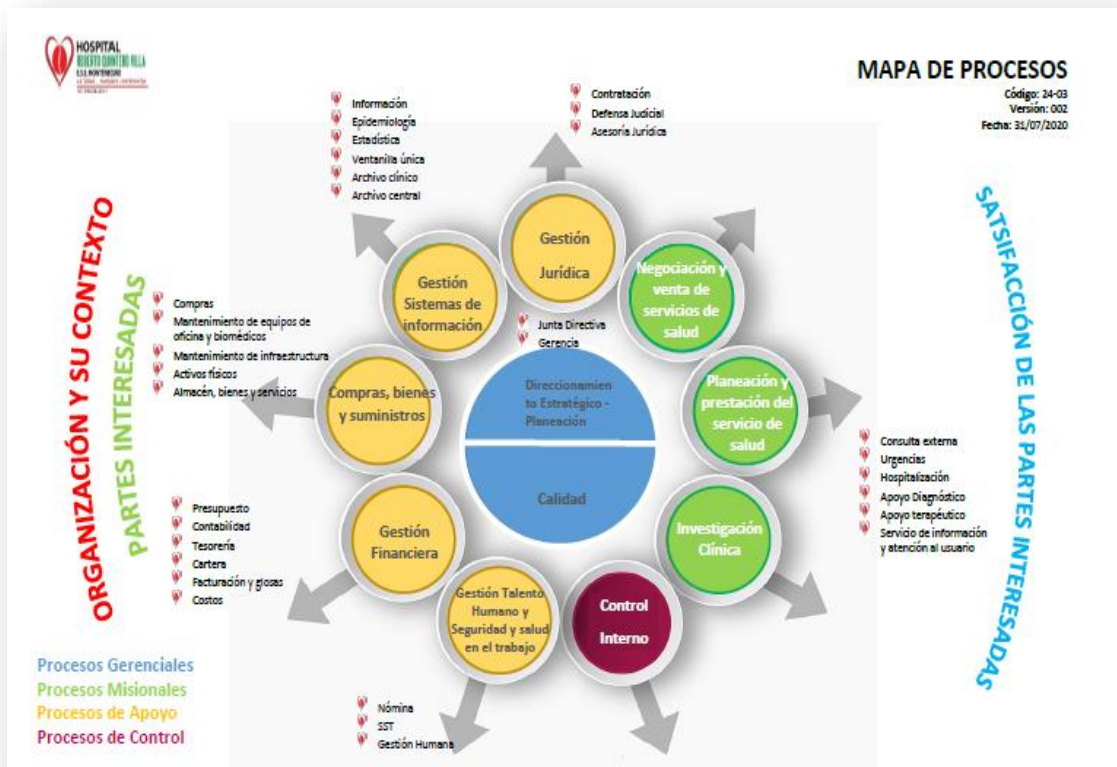
De conformidad con el Proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación Institucional,
DOCUMENTO CONTROLADO

anualmente se formulan los planes de acción por procesos y los planes institucionales definidos en el Decreto 612 de 2018 del DAFP, los cuales se articulan al Plan de Desarrollo Institucional y al Plan de Gestión Gerencial. Frente a los proyectos de inversión la ESE los formula de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 2514 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social frente a los Planes Bienales de Inversiones en Salud.

4.3.2 Mapa de procesos

Para lograr esta articulación, la ESE cuenta con un mapa de procesos, herramienta a través de la cual se posibilita la alineación de la estrategia con la operación, con el fin de cumplir con los retos y metas propuestas por la ESE

Gráfico 1. Mapa de Procesos



4.3.3 Plataforma Estratégica

4.3.3.1 Misión

Somos una entidad pública que presta servicios de salud de baja complejidad, comprometida con la promoción y mantenimiento de la salud de sus usuarios y colaboradores.

4.3.3.2 Visión

Ser en el año 2024, una institución prestadora de servicios de salud primarios, que brinde un modelo de atención integral, segura y humanizada, con responsabilidad social, eficiencia administrativa y manejo transparente de los recursos.

3.3.3.3 Política de Calidad

El Hospital Roberto Quintero Villa ESE se compromete con sus usuarios y partes interesadas a brindar una atención humanizada y segura en la prestación de los servicios de salud, a través del fortalecimiento de la gestión estratégica del Talento Humano, el mejoramiento continuo de los procesos y la consolidación de un modelo de gestión administrativa y financiera sostenible, transparente y amigable con el medio ambiente

3.3.3.4 Código de integridad

En cumplimiento de los lineamientos señalados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG - Dimensión de Talento Humano, y para instrumentalizar la política de integridad, el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, expidió un código general que denominó “Código de Integridad” en el cual se establecieron cinco valores (Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia) que deben caracterizar las actuaciones de los servidores públicos.

Para adoptar y apropiar la Política de Integridad al Interior de la ESE, la Gerencia expidió la Resolución Número 359 de 2019, mediante la cual adopta el Código de Integridad y los valores que lo integran, con los principios de acción (“lo que hago” “lo que no hago”).

- **HONESTIDAD**

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, favoreciendo el interés general.

- **RESPECTO**

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, sus títulos o cualquier otra condición.

- **COMPROMISO**

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

- **DILIGENCIA**

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

- **JUSTICIA**

Actúo con imparcialidad, garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

3.3.3.5 Principios

- Mejoramiento continuo
- Competitividad y liderazgo
- Seguridad del paciente
- Equidad
- Sostenibilidad

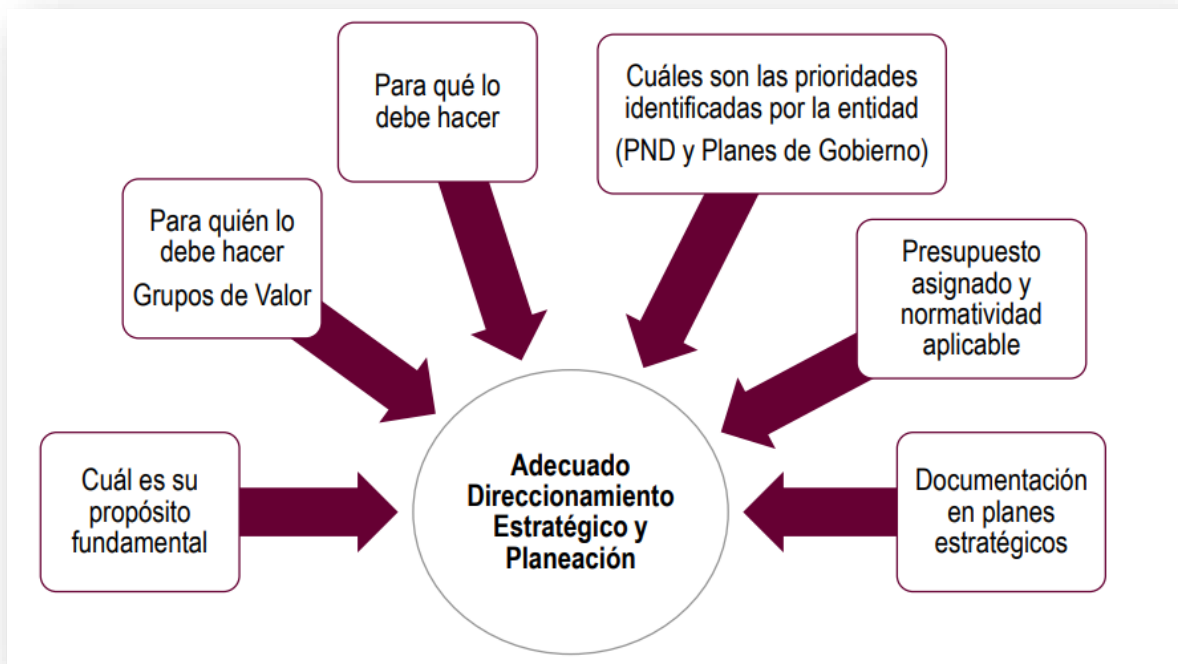
4.3.4 Promesa de valor

Proporcionar una experiencia de servicio cálido, oportuno y seguro, que genere resultados sociales y costo-efectivos.

4.3.5 Derechos, problemas y necesidades ciudadanas llamados a resolver descritos en el Direccionamiento Estratégico

El Direccionamiento estratégico y la planeación son ejercicios permanentes en la ESE, lo que permite definir la ruta estratégica que guía la gestión Gerencial, con miras a satisfacer las necesidades de los ciudadanos a quienes dirige sus productos y servicios, fortaleciendo su confianza y legitimidad.

Se describen los elementos que constituyen el ejercicio de Direccionamiento estratégico y planeación en la ESE, según MIPG



La ESE define su propósito fundamental (Direccionamiento estratégico)¹, a través de los diferentes planes, incluyendo el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión Gerencial, los Planes de acción operacionales, Mapa de riesgos, MIPG y Planes Integrados al Plan de Acción Institucional: De conformidad con lo establecido en el Decreto 612 de 2018, se adiciona al Capítulo 3 del Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, estableciendo que las Entidades del Estado, deberán integrar a sus planes institucionales y estratégicos, los siguientes planes, a más tardar el 31 de enero de cada año:

- a) Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
- b) Plan Anual de Adquisiciones
- c) Plan Anual de Vacantes
- d) Plan de Previsión de Recursos Humanos
- e) Plan Estratégico de Talento Humano
- f) Plan Institucional de Capacitación

¹ define el Direccionamiento Estratégico como el horizonte a corto y mediano plazo que le permite a la Entidad priorizar sus recursos y talento humano y focalizar sus procesos de gestión en la consecución de los resultados con los cuales garantiza los derechos, satisface las necesidades y atiende los problemas de los ciudadanos. (MIPG, 2017)

- g) Plan de Incentivos Institucionales
- h) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- i) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- j) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
- k) Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- l) Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Además, se tienen establecido los derechos y deberes de los usuarios, de acuerdo a la normativa que los rige, para fomentar y monitorear su cumplimiento:

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN COLOMBIA

(Ley Estatutaria 1751 de 2015)

MIS DERECHOS COMO USUARIO

Acceder a los servicios de salud, que me garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

Recibir la atención de urgencias que requiera, con la oportunidad que mi condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.

Mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.

Obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que me permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que me vayan a practicar y riesgos de los mismos. No podre ser obligado, contra mi voluntad, a recibir un tratamiento de salud.

Recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.

Recibir un trato digno, respetando mis creencias y costumbres, así como mis opiniones personales sobre los procedimientos.

Que mi Historia Clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización mía o en los casos previstos en la ley.

Que se me preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

Acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.



DOCUMENTO CONTROLADO

Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a mi intimidad.

Confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el acceso a los servicios de salud y de las condiciones de mi salud y enfermedad.

Recibir información sobre los canales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

Solicitar y recibir explicaciones acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

Respeto a la voluntad de aceptación o negación de la donación de órganos de conformidad con la ley.

A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten mi dignidad, ni a ser obligado a soportar sufrimiento evitable.

A que no me trasladen las cargas administrativas que les corresponde asumir a los encargados de la prestación del servicio.

Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de mi enfermedad.

Recibir atención preferencial si pertenezco a uno de los siguientes grupos poblacionales: Gestantes, menores de 1 año, adultos mayores de 65 años y personas con alguna condición de discapacidad).

DEBERES

Propender por mi auto-cuidado, el de mi familia y el de mi comunidad.

Atender oportunamente las recomendaciones que me sean dadas en los programas de promoción y prevención.

Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud.

Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.

Cumplir las normas del sistema de salud.

Actuar de buena fe frente al sistema de salud.

Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se me solicite para efectos del servicio.

Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con mi capacidad de pago.

Con relación al **aporte del hospital a la construcción de paz y objetivos de desarrollo sostenible**, el hospital Roberto Quintero Villa E.S.E hace esfuerzos significativos en mejorar el acceso a los servicios integrales de salud y de calidad siendo esto una condición esencial para el desarrollo de la comunidad, haciendo énfasis en los programas de promoción y detección temprana, como; atención de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI Comunitario), derechos sexuales y reproductivos, control prenatal, desarrollo de actividades extramurales, y como auxiliares en salud pública, a través de brigadas de salud en el sector rural y urbano, garantizando de forma efectiva el goce y pleno derecho a la salud, como uno de los aportes para el proceso de construcción de paz y relación directa con el objetivo de desarrollo sostenible en el municipio; ya que el impacto que tiene una oferta y funcionamiento adecuado del servicio de salud en la vida de las personas, especialmente en aquellas en condiciones de pobreza en situaciones de inequidad económica, social y geográfica; violencia de género, entre otros, permitirá mejorar su condición de vida y mejorar su entorno social.

Con relación a los objetivos de desarrollo sostenible, el Hospital tiene integrado los siguientes objetivos:

- Objetivo 3. Salud y bienestar: fomenta estilos de vida saludable y promueve el bienestar para todas las edades
- Objetivo 5. Igualdad de género: es un derecho humano básico, donde el La ESE en sus derechos decreta la no discriminación a mujeres y niñas para la prestación de sus servicios, denuncia la violencia sexual y promueve el acceso a la salud reproductiva y sexual
- Objetivo 8. Trabajo decente y crecimiento económico: toma medidas eficaces para erradicar el trabajo forzoso, la esclavitud y el tráfico humano.
- Objetivo 10. Reducción de desigualdades: adopta políticas sólidas que promueven la inclusión económica de todos y todas, independientemente de su género, raza o etnia.
- Objetivo 16. Paz, justicia e instituciones sólidas. Trabaja continuamente en la paz, estabilidad, derechos humanos y gobernabilidad efectiva basada en el Estado de derecho.

4.4 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

4.4.1 Política de Humanización

El Hospital Roberto Quintero Villa Empresa Social del Estado de Montenegro Quindío, se compromete con el desarrollo humano de sus servidores y su labor se orientará a la prestación humanizada de los servicios, garantizando, oportunidad, pertinencia, atención



DOCUMENTO CONTROLADO

cortes y respetuosa centrada en el Usuario y su familia, comprometidos con el mejoramiento continuo de los procesos y la conservación del ambiente

4.4.2 Política de calidad y prestación de servicios

El Hospital Roberto Quintero Villa ESE se compromete con sus usuarios y partes interesadas a brindar una atención humanizada y segura en la prestación de los servicios de salud, a través del fortalecimiento de la gestión estratégica del Talento Humano, el mejoramiento continuo de los procesos y la consolidación de un modelo de gestión administrativa y financiera sostenible, transparente y amigable con el medio ambiente.

4.4.3 Confidencialidad y conflicto de intereses

Toda persona que tenga un vínculo laboral o contractual con el Hospital Roberto Quintero Villa, será responsable por sus acciones u omisiones en el cumplimiento de la función pública que desarrolle según la normatividad vigente y aplicable. Por lo tanto, tendrán derecho a utilizar solamente la información necesaria para llevar a cabo las funciones que le fueron asignadas, de acuerdo con los permisos establecidos o aprobados en sus contratos, lo que se reflejara en el perfil ocupacional generado por el administrador del sistema

4.4.4 Política de optimización del recurso

El Hospital Roberto Quintero Villa Empresa Social del Estado de Montenegro Quindío, se compromete a que sus recursos se utilizarán con eficiencia y eficacia, en busca de economía, teniendo en cuenta el costo-beneficio en las operaciones realizadas, siendo su objetivo y meta principal la auto sostenibilidad y la permanencia en la red de prestadores.

4.5 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

A. SERVICIOS AMBULATORIOS:

- Consulta externa general
- Consulta especializada de obstetricia
- Odontología
- Programas de protección específica y detección temprana

B. PROGRAMAS ESPECIALES:

Ritmo Positivo Programa que busca disminuir los factores de riesgo cardiovascular y metabólico, a través de la atención para el control adecuado del riesgo, la prevención de sus complicaciones y el fomento de factores protectores. **Creciendo Juntos** Programa orientado a la atención integral materno infantil, desde la etapa pre concepcional, el nacimiento y hasta el primer año de vida.



Certificado No. SC 5858-1



DOCUMENTO CONTROLADO

C. Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): Conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción y la gestión de riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de vida, definidas con evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio. (Resolución 3280 del 2018)

D. SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

- Laboratorio Clínico
- Imagenología:

Rayos X: En esta área se cuenta con equipo de alta tecnología con el cual se realizan estudios radiológicos de primer nivel de atención y de mediana complejidad como radiografía de cadera y estudios comparativos, en jornadas de atención de tres (3) días a la semana. En horario adicional, la entidad garantiza la continuidad del servicio a través de contrato de prestación de servicios con el Hospital San Juan de Dios de Armenia.

Ecografía Un profesional en Ginecoobstetricia y Medicina Fetal, realiza las Ecografías obstétrica, pélvica y transvaginal, dos veces por semana (lunes y miércoles) previa autorización de servicios.

Monitoreo Fetal Este examen es realizado las 24 horas del día, derivado de la atención de Urgencias o de consulta ambulatoria.

E. SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO

- Servicio farmacéutico: Servicio de baja complejidad, con regente y Auxiliares de Farmacia

F. SERVICIOS HOSPITALARIOS

- **Internación (Hospitalización)** Dispone de 15 camas para la atención de Pediatría, Medicina Interna y Ginecoobstetricia, distribuidas en cómodas habitaciones bipersonales con televisor y baño, apoyado con recurso humano conformado por Medico general, Enfermera y Auxiliares de Enfermería las 24 horas.
- **Atención del parto de bajo riesgo** Se cuenta con una moderna sala de partos con los equipos que garantizan la calidad de la atención al recién nacido y la mamá.

G. SERVICIO DE URGENCIAS

- **Urgencias** Presta atención integral y disponibilidad permanente las 24 horas, con personal debidamente entrenado para la resolución inmediata de urgencias, área física constituida por dos (2) consultorios, área de Triage, sala de procedimientos, área de atención obstetricia, zona de observación general y pediátrica con dotación y equipos de acuerdo al nivel de complejidad.

- **Traslado Asistencial Básico** La institución dispone de dos (2) ambulancias tipo TAB, habilitadas según requerimientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el traslado de pacientes hacia otros niveles de atención las 24 horas del día.

H. SERVICIOS DE APOYO

- **Información y atención al usuario “SIAU”** Brinda información y orientación al Usuario frente a la adecuada utilización de los servicios, el funcionamiento de la red, los deberes y derechos en salud, trámite a las peticiones, quejas, reclamos, y sugerencias, medición de la satisfacción de los usuarios, atención preferencial a personas con discapacidad y adultos mayores, así como fomento de la participación de la comunidad a través de la Asociación de Usuarios.
- **Centro de Investigación** En la actualidad el Hospital cuenta con la Certificación del INVIMA en Buenas Prácticas Clínicas para el Centro de Investigación.
- **Servicios generales** Realiza los procedimientos de alimentación, lavandería, vigilancia, aseo, mantenimiento y transporte, para el apoyo a la gestión misional de la entidad.
- **Administración.** Con los procesos de Control Interno, Calidad, Planeación, Talento Humano, Financiera, Jurídica, Gestión Documental, Sistemas de Información y Compras Bienes y Suministros para el apoyo a la gestión misional de la entidad.

I. PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO

Consulta de medicina general Presta el servicio de consulta médica general, se dispone de un profesional los días lunes, miércoles, jueves y sábados de 7am a 1pm.

4.6 PARTES INTERESADAS Y GRUPOS DE INTERÉS

La caracterización de la población sujeto de atención del Hospital Roberto Quintero Villa ESE Montenegro surge de la necesidad de diseñar una herramienta de planeación que permita conocer de forma precisa los grupos de interés, partes interesadas y grupos de valor; sus características, necesidades y expectativas con la Entidad, esto con el fin de establecer estrategias de implementación y mejora de los canales de comunicación, lograr una participación activa de los grupos de valor frente a los objetivos institucionales.

Para el análisis de estos grupos se seleccionó una serie de variables recomendadas por la Norma Técnica de calidad ISO 9001:2015. características de los grupos de valor y otros de interés que se encuentran ubicados en el Municipio de Montenegro y el Departamento del Quindío, a partir de los requerimientos realizados por los mismos, con el fin de gestionar acciones que se adecuen a sus necesidades y fortalecer la percepción de confianza hacia

la Entidad.

PARTES INTERESADAS (ISO) GRUPOS DE VALOR (MIPG)	ANÁLISIS DE RELEVANCIA		REQUISITO/NECESIDAD	EXPECTATIVA	ESTRATEGIA
	INFLUENCIA	DEPENDENCIA			
USUARIOS (PACIENTES Y FAMILIAS)	4	4	Prestación de los servicios con oportunidad y calidad	Atención de calidad y Gestión	*SGC *MIPG *Seguimiento a la satisfacción y acciones de mejora
ALTA DIRECCIÓN (GERENCIA-ASESORIA JURIDICA-ASESOR CONTROL INTERNO-ASESOR CALIDAD)	4	4	*Compromiso de los líderes y colaboradores. *SGC EFICIENTE, EFICAZ Y EFECTIVO	Gestión, evaluación, control, Seguimiento, cumplimiento de las metas institucionales	*Proceso alta dirección. *MIPG *Planes de acción indicadores,
JUNTA DIRECTIVA	4	2	* Requisitos legales *Calidad en la prestación del servicio *Toma Decisiones * Control	Atención con Alta calidad y Gestión	*Planeación *Plan de Desarrollo *planes de acción *MIPG *SGC
FUNCIONARIOS (CARRERA ADMINISTRATIVA) CONTRATISTAS, COOPERATIVA	4	3	*Pago oportuno de salario *Buen Trato *Adecuada inducción *Capacitación *Incentivos *Ambiente laboral adecuado	Estabilidad laboral	*Proceso inducción *PIFIC *MIPG *SGC
ASOCIACIÓN DE USUARIOS	3	1	*Atención con Alta calidad. *Interrelación con la ESE *Comunicación y socialización	Atención con Alta calidad y Gestión	*Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) *SGC *MIPG
PROVEEDORES	4	3	*Pago oportuno	*Alianzas *contratación continua	*Proceso Compras. *Proceso financiero *Proceso Jurídico
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD Y SUBSECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	4	4	*Cumplimiento Requisitos de Habilitación *calidad en la prestación del servicio *	Atención con Alta calidad y Gestión	*Proceso alta dirección. *Plan de sostenimiento de habilitación *Planes de acción *Indicadores *SGC
EMPRESAS PARES	2	1	Demanda insatisfecha	Demanda insatisfecha	Mercado competitivo
GOBERNACIÓN DPTAL	4	4	Atención con Alta calidad y Gestión	Atención con Alta calidad y Gestión	*Proceso alta dirección. *Planes de acción indicadores.
COMUNIDAD	3	3	Atención con Alta calidad, fácil acceso al servicio, interrelación	Atención con Alta calidad y de fácil acceso	Asociación de usuarios, política de participación social en salud, *SGC
COMUNIDAD ACADEMICA	3	2	Convenios	Ampliación de practicas	Convenio docente asistencial
Organismos de Atención de Desastres	4	4	plan de emergencias y desastres	Correcta gestión	*Evidencia informes enviados.
ENTES DE CONTROL	4	2	*Respuesta solicitudes de información. Cumplimientos de requisitos legales	Correcta gestión	*Evidencia informes enviados.
MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES	4	1	*Cumplimiento de los reglamentos y normas.	Correcta gestión	Página web, manual de comunicaciones y manejo de medios.

GRUPOS DE INTERÉS	DESCRIPCIÓN
Ciudadanía	Este Grupo de Interés considera a toda la Ciudadanía, tanto a los usuarios, pacientes, familiares, acompañantes, cuidadores, etc., que mantienen relación con el Hospital, como a los que están representados por las asociaciones de pacientes y usuarios
Profesionales	Este Grupo de Interés considera a todos aquellos profesionales que desarrollan su labor, tanto a nivel Asistencial como de Gestión y Servicio, en el Hospital.
Proveedores	Este Grupo de Interés considera a los proveedores de productos sanitarios y no sanitarios y a los servicios contratados externamente
Entidades Docentes e Investigadoras Vinculadas	Este Grupo de Interés considera a las instituciones docentes e investigadoras que mantienen una relación con el Hospital, definida mediante convenios de colaboración y conciertos entre instituciones, para llevar a cabo actividades ligadas a su práctica asistencial, investigadora y formadora y a sus integrantes: personal docente, investigador, administrativo y de servicios, así como los alumnos que en ellos toman parte.
Otras Entidades Vinculadas y No Vinculadas	Este Grupo de Interés considera a todas aquellas entidades que mantienen una relación, no contractual pero sí institucionalizada, con el Hospital, y que viene definida mediante convenios o acuerdos de colaboración, para llevar a cabo actividades dentro o fuera del ámbito asistencial.
Sociedades Científicas y Colegios Profesionales	Este Grupo de Interés considera a todas aquellas Sociedades Científicas y Colegios Profesionales que desarrollan su actividad tanto en el ámbito sanitario como no sanitario y que, de forma directa o indirecta, tienen una relación con el Hospital y sus profesionales.
Medios de Comunicación	Este Grupo de Interés considera aquellas actividades que tienen que ver con las relaciones que mantienen el Hospital con los medios de comunicación.
Junta Directiva	Este Grupo de Interés considera a la Junta Directiva como encargada de la implementación de las líneas estratégicas corporativas en el Hospital y la gestión eficiente de los recursos asignados, de forma que se logre la sostenibilidad de la ESE

5. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA ESE

A. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.

El Ministerio de Salud y Protección Social exige a todas las instituciones del Sistema, la implementación de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en salud (SOGC) (Decreto 780 de 2016) que es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, con características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y con cumplimiento de los siguientes componentes:

a. Sistema Único de Habilitación (Resolución 3100 de 2019)

Determina el cumplimiento a las condiciones para la prestación de servicios, relacionadas con el talento humano, la infraestructura, dotación, mantenimiento, gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios asistenciales, registros asistenciales, interdependencia de servicios y transporte asistencial básico.

Para adaptarse a la nueva norma, los Prestadores de Servicios de Salud, deben cumplir con condiciones estipuladas en criterios y requisitos exigidos para su entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dependiendo de los servicios que presten, los cuales son de tres (3) tipos:

Capacidad Técnico-Administrativa: Los estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización. Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia.

Suficiencia Patrimonial y Financiera: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Garantizará que el prestador cuenta con unas condiciones mínimas que aseguran que el servicio no va a tener inconvenientes de orden financiero o patrimonial para poder estar adecuadamente sustentado al momento de ofrecerlo al público.

Capacidad Tecnológica y Científica: Tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud. Hacen referencia a aquellos parámetros ligados al talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia con otros servicios.



DOCUMENTO CONTROLADO

Soporte Autoevaluación 2021. Resolución 3100 de 2019
Hospital Roberto Quintero Villa ESE

**DECLARACIÓN
AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS
DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100
DE 2019.**

 **La salud es de todos** 

*****DEFINITIVO*****

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.
6347000468 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR			
Código y Nombre del Prestador: 6347000468 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO			
Nit / CC Cédula: N-350000400-2	Nombre o razón social:	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	
Fecha de inscripción: 20070806	Fecha de vencimiento: 20210801	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona: JURÍDICO	Naturaleza Jurídica: PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	I
Empresa Social del Estado: SI	Carácter Territorial de la Entidad:	MUNICIPAL	
Representante Legal: MYRIAM BEJARANO PULIDO	Dirección administrativa:	KM 1 VIA MONTENEGRO ARMENIA	
Teléfono: 957336656	Fax: 957335000	Email:	hospital@esemontenegro.gov.co
Municipio: MONTENEGRO	Departamento:	QUINDIO	

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR			
Código y Nombre Sede: 634700046801 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO			
Dirección: KM 1 VIA ARMENIA - MONTENEGRO	Barrío:	SAIDA ARMENIA	
Teléfono: 957336656	Fax: 957335000	Email:	hospital@esemontenegro.gov.co
Gerente: MYRIAM PULIDO BEJARANO	Fecha de Apertura: 20070803		
Municipio: MONTENEGRO	Departamento:	QUINDIO	

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019			
Código y Nombre Sede: 634700046801 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO			
Dirección: KM 1 VIA ARMENIA - MONTENEGRO	Barrío:	SAIDA ARMENIA	
Teléfono: 957336656	Fax: 957335000	Email:	hospital@esemontenegro.gov.co
Gerente: MYRIAM PULIDO BEJARANO	Fecha de Apertura: 20070803		
Municipio: MONTENEGRO	Departamento:	QUINDIO	

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICA ADMINISTRATIVA, SUFFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA, CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR			
CONDICIÓN DE CAPACIDAD:	CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN DE CAPACIDAD:	CUMPLIMIENTO
CAPACIDAD TÉCNICA ADMINISTRATIVA	SÍ CUMPLE	CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA	SÍ CUMPLE

DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-RES.3100 DE 2019
Código del prestador: 6347000468
Prestador: HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Sede del prestador: 6347000468-01 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

Página: 1 de 2

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA
SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD. SER.	NOMBRE SERVICIO	CUMPLE
INTERNACIÓN	109	HOSPITALIZACIÓN ANALÍTICA	SÍ
INTERNACIÓN	110	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SÍ
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SÍ
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOGINECOTECNICA	SÍ
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SÍ
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SÍ
CONSULTA EXTERNA	429	VACUNACIÓN	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - KIMANTES	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - NO KIMANTES	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SÍ
APoyo diagnóstico y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SÍ
ATENCIÓN INMEDIATA	1151	ATENCIÓN DEL PARTO	SÍ
ATENCIÓN INMEDIATA	1152	URGENCIAS	SÍ
ATENCIÓN INMEDIATA	1153	TRANSPORTE RESUCITACIONAL BÁSICO	SÍ

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 634700046801
Impreso por el usuario: 634700046801
Versión 2.0.

Fecha de impresión: lunes 09 de agosto de 2021 (4:45 p. m.).
FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.
6347000468 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-RES.3100 DE 2019
Código del prestador: 6347000468
Prestador: HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Sede del prestador: 6347000468-01 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

Página: 2 de 2

Soporte portafolio de servicios. 2021 resolución 3100 de 2019
Hospital Roberto Quintero Villa ESE



ESTADO ACTUAL DE LA INSCRIPCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Entidad Territorial de Salud:		GOBERNACION DEL QUINDIO	
Código y Nombre del Prestador:		6347000468 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	
N.N.R. / CC-Cédula	NI: 890000400-2	Nombre o razón social:	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Fecha de inscripción:	2007/08/06	Fecha de vencimiento:	2022/08/31
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PUBLICA
Empresa Social del Estado:	SI	Carácter Territorial de la Entidad:	MUNICIPAL
Representante Legal:	MIRIAM BEJARANO PULIDO	Dirección administrativa:	KM 1 VIA MONTENEGRO ARMENIA
Teléfono:	967536666	Fax:	967535000
Municipio:	MONTENEGRO	Departamento:	QUINDIO
		E-mail:	hospital@esemontenegro.gov.co

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO	NUMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
ACUERDO	32	19951010		

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD (AAAA/MM/DD)

SEDE PRINCIPAL ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Código y Nombre Sede Principal:		634700046801 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	
Dirección:	KM 1 VIA ARMENIA - MONTENEGRO	Barrio:	SALIDA ARMENIA
Teléfono:	967536666	Fax:	967535000
Gerente:	MIRIAM PULIDO BEJARANO	Fecha de Apertura:	2007/08/23
Municipio:	MONTENEGRO	Departamento:	QUINDIO
		E-mail:	hospital@esemontenegro.gov.co

SEDE ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Código y Nombre Sede:		634700046801 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	
Dirección:	KM 1 VIA ARMENIA - MONTENEGRO	Barrio:	SALIDA ARMENIA
Teléfono:	967536666	Fax:	967535000
Gerente:	MIRIAM PULIDO BEJARANO	Fecha de Apertura:	2007/08/23
Municipio:	MONTENEGRO	Departamento:	QUINDIO
		E-mail:	hospital@esemontenegro.gov.co

SERVICIOS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOS P	MOV	DOM	OTR A	GR	IR	BAJA	MECH	ALTA	FECHA APERTURA (AAAA/MM/DD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070823	
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070823	
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERIA	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20070907	DH5047355
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBISTRICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	20100212	DH5047354
CONSULTA EXTERNA	325	MEDICINA GENERAL	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20070907	DH5047356

CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGIA GENERAL	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070907	DH5047356
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070823	DH5047357
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070907	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	705	LABORATORIO CLINICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070823	DH5047355
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070823	DH5047362
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	714	SERVICIO FARMACEUTICO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20110602	DH5047363
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	744	IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070823	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	745	IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20091014	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	748	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070907	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO N TERAPIUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070907	
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070823	
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070823	
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	20070823	

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO. ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:
AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD, ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
AMBULANCIAS	BÁSICA	2
CAMAS	PEDIÁTRICA	5
CAMAS	ADULTOS	8
CAMAS	TPR	2
CAMILLAS	OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA	4
CAMILLAS	OBSERVACIÓN ADULTOS HOMBRES	4
CAMILLAS	OBSERVACIÓN ADULTOS MUJERES	4
CONSULTORIOS	URGENCIAS	2
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	1
SALAS	PARTOS	1

SALAS	PROCEDIMIENTOS	6
UNIDAD MÓVIL	UNIDAD MÓVIL	1

DETALLE AMBULANCIAS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	NÚMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA DE PROPIEDAD	FECHA DE APERTURA (AAAA/MM/DD)
AMBULANCIAS	BÁSICA	000447	TERRESTRE	2019	10017533787	20181228
AMBULANCIAS	BÁSICA	000448	TERRESTRE	2019	10017534164	20181228

Señor PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD:

1. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian (Artículo 12, Resolución 2003 de 2014.), ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes como se menciona en el numeral 3.5 de la Hoja No. 206 de la Resolución 2003 de 2014, hasta cuando no realice el anterior proceso, NO se considerará radicada la novedad y no se verá reflejada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, lo anterior dentro lo normado en la Resolución 2003 de 2014).

2. Esta información NO ES VALIDA como CONSTANCIA DE HABILITACIÓN, es una visualización, para conocer el estado actual de la inscripción del prestador de servicios de salud, antes de realizar su NOVEDAD.

Ingreso por: 03/10/2020 04:50:01
Versión 1.0.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Fecha de impresión: martes 16 de noviembre de 2021 (7:57 a.m.).

Soporte portafolio de servicios. 2021 resolución 3100 de 2019 Puesto de Salud Pueblo Tapao

ESTADO ACTUAL DE LA INSCRIPCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Entidad Territorial de Salud: QUINDIEN
Entidad y Nombre del Prestador: HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
NIT / CC-Cédula: NIT.890000400-2
Nombre o razón social: HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Fecha de inscripción: 2007/08/06
Fecha de inscripción: 2007/08/06
Clase de prestador: Instituciones - IPS
Nivel de Atención del Prestador: 1
Clase de persona: JURÍDICO
Naturaleza Jurídica: PÚBLICA
Carácter Territorial de la Entidad: MUNICIPAL
Representante Legal: MYRIAM BEJARANO PULIDO
Dirección: KM 1 VIA MONTENEGRO ARMENIA
Teléfono: 87733555
Correo: hospital@esemontenegro.gov.co
Municipio: MONTENEGRO
Departamento: QUINDIEN

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

ACTIVO: ☒ **NO:** ☐
NOMBRE ACTO: **NÚMERO ACTO:** **FECHA ACTO:** **ENTIDAD QUE EXPIDE:** **CIUDAD QUE EXPIDE:**

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD (AAAA/MM/DD)

SEDE PRINCIPAL ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Entidad y Nombre Sede Principal: 894700048801 - HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Dirección: KM 1 VIA ARMENIA - MONTENEGRO
Teléfono: 87733555
Correo: hospital@esemontenegro.gov.co
Representante Legal: MYRIAM BEJARANO PULIDO
Fecha de Asignación: 2007/08/06
Municipio: MONTENEGRO
Departamento: QUINDIEN

SEDE ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Entidad y Nombre Sede: 894700048803 - PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO
Dirección: PUEBLO TAPAO
Teléfono: 87733555
Correo: hospital@esemontenegro.gov.co
Representante Legal: MYRIAM BEJARANO PULIDO
Fecha de Asignación: 2007/08/06
Municipio: MONTENEGRO
Departamento: QUINDIEN

SERVICIOS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

GRUPO DEL SERVICIO	COD. SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	FOR	MOV	DOM	OTR	CR	IN	BAJA	MECH	ALTA	FECHA APERTURA (AAAA/MM/DD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070806	
CONSULTA EXTERNA	304	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070806	
CONSULTA EXTERNA	304	ODONTOLÓGICA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20070806	
CONSULTA EXTERNA	300	VACUNACIÓN	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	20180821	

APROBADO Y CUMPLIMENTADO LA RESOLUCIÓN:

APROBADO: ☒ **NO:** ☐
FECHA: 2007/08/06
CONCEPTO: TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y DIRECCIONALIDAD

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO, ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encuentran servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENIENCIAS:

AMB: Intramural Ambulatorio
MECH: Extramural Medio
CR: Telemédica Centro Referencia
BAJA: Complejidad Baja

FOR: Intramural Hospitalario
DOM: Extramural Dominante
OTR: Telemédica Institución Remota
MECH: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD, ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	6

DETALLE AMBULANCIAS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encuentran registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

Señor PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD:

1. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian (Artículo 12, Resolución 2003 de 2014.), ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes como se menciona en el numeral 3.5 de la Hoja No. 206 de la Resolución 2003 de 2014, hasta cuando no realice el anterior proceso, NO se considerará radicada la novedad y no se verá reflejada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, lo anterior dentro lo normado en la Resolución 2003 de 2014).

2. Esta información NO ES VALIDA como CONSTANCIA DE HABILITACIÓN, es una visualización, para conocer el estado actual de la inscripción del prestador de servicios de salud, antes de realizar su NOVEDAD.

Ingreso por: 03/10/2020 04:50:01
Versión 1.0.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Fecha de impresión: martes 16 de noviembre de 2021 (7:58 a.m.).

b. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC)

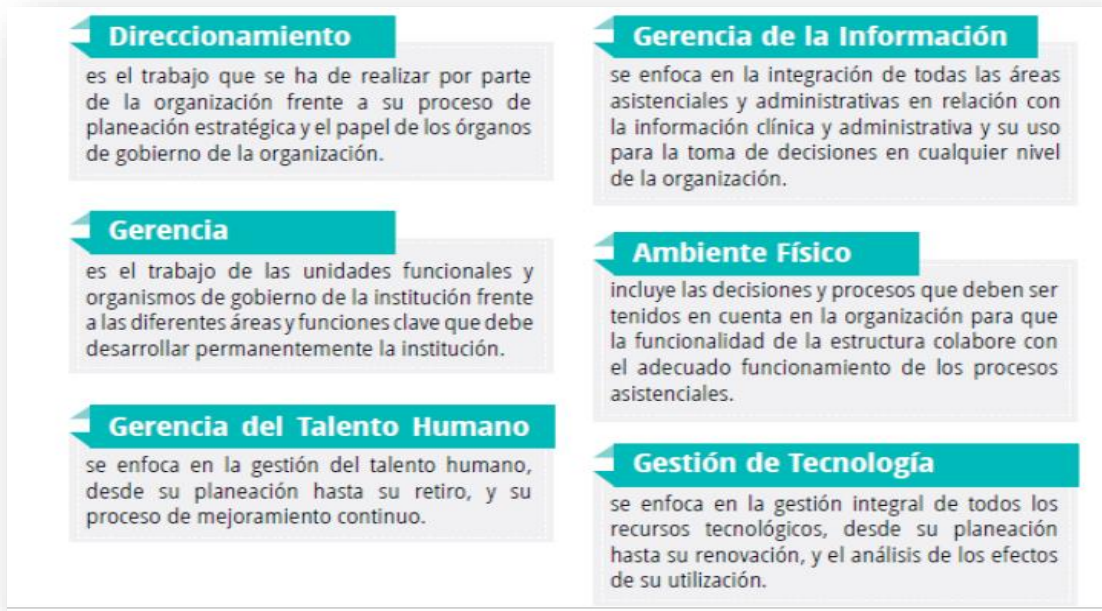
Mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios. Implica evaluación, seguimiento y mejora de los procesos.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E. define con precisión las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos priorizados (todos los estándares de Acreditación) y los orienta hacia la detección de desviaciones de la calidad observada (Autoevaluación cualitativa) frente a la calidad esperada (Lo solicitado en cada uno de los estándares), para promover la construcción de planes de mejoramiento efectivos que permitan cerrar ciclos y lograr la modificación de procesos en favor del usuario

La ESE debe realizar el PAMEC con enfoque de acreditación y aplica la Resolución 5095 de 2018, para la evaluación de sus estándares. Se acompaña además por dos (2) guías con las pautas para la implementación del PAMEC en las entidades públicas de salud, elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial

- Grupo de estándares de direccionamiento
- Grupo de estándares de gerencia
- Grupo de estándares de gerencia del talento humano
- Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
- Grupo de estándares de gestión de tecnología
- Grupo de estándares de gerencia de la información
- Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad



Ruta del PAMEC



OTROS USOS DE NORMA DEL PAMEC EN LA ESE:

Para la evaluación de la Gerente, tienen dos (2) ítems que le aplica con la ejecución del

PAMEC:

Evaluación de resultados área de dirección y gerencia

Indicador No 1: Mejoramiento continuo de la Calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior. Reporte cuya fuente se encuentra al realizar una autoevaluación cuantitativa de manera anual en desarrollo del Ciclo de Preparación y mejoramiento para la Acreditación de la E.S.E

Indicador No 2: Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud (Número de acciones ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora de auditoría registradas en el PAMEC), que se da a través de la información reportada en la Circular 012/2016 a la Superintendencia Nacional de Salud.

c. Sistema Único de Acreditación

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina pre pagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (por ejemplo, educación personalizada al paciente y su familia y procesos para identificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de una entidad hospitalaria).

“La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad”.



Aplica para la acreditación la Resolución 5095 de 2018. Por el cual se adopta el “Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario” de Colombia. Versión 3, que contiene tres (3) grandes grupos • 8 Subgrupos • 160 Estándares para IPS Hospitalarias y Ambulatorias • Más de 700 criterios

d. Sistema de Información para la Calidad. (Resolución 256 de 2016)

El Ministerio de Salud y Protección Social diseña e implementa un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social incluye en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

La resolución 256 de 2016 cuenta con tres (3) anexos técnicos: • Anexo técnico número 1: contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Entidades Departamentales,

Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Las fichas técnicas de estos indicadores pueden ser consultadas a través del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud, en el siguiente enlace: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/> • Anexo técnico número 2: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Prestadores de Servicios de Salud) • Anexo técnico número 3: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios)

El anexo técnico No. 2 para los Prestadores de Servicios de Salud tiene cuatro partes:

1. Estructura y especificación del nombre del archivo: es donde se define la estructura y especificación del nombre del archivo y el contenido del archivo.

2. Contenido del archivo: El archivo de Reporte de Información para el Monitoreo de la Calidad en Salud (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes), está compuesto por un único registro de control (registro tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle numerados a partir del registro tipo 2 que contienen la información solicitada así:

- Tipo 1 Registro de control Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes
- Tipo 2 Registro de detalle de Oportunidad en citas Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes
- Tipo 3 Registro de detalle de Satisfacción Global Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- Tipo 4 Registro de detalle de Programación de Procedimientos Quirúrgicos realizados en Quirófano Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 3
- Tipo 5 Registro de detalle de Eventos Adversos Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud • Tipo 6 Registro de detalle de Urgencias (TRIAGE II) Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

3. Características de los archivos planos: es en donde se definen las características y especificaciones técnicas de los archivos.

4. Plataforma para el envío de archivos. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la

DOCUMENTO CONTROLADO

información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario, debe solicitarlo, previo registro de su entidad en el Sitio Web del SISPRO.

indicadores que reporta la ESE

El reporte depende de los servicios que la ESE tenga habilitados en el REPS.

A continuación, se listan los indicadores que requieren el reporte de los Prestadores de servicios de salud (Según Anexo Técnico No.2)

Registro Tipo 2 -Registro de detalle oportunidad de citas:

- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General (P.3.1)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General (P.3.2)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología (P.3.5)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia (P.3.6)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General (P.3.7)
- Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía (P.3.8)
- Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II (P.3.10)

Registro Tipo 3-Registro de detalle satisfacción global:

- Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS (P.3.14)
- Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo (P.3.15)

Registro Tipo 4-Registro de detalle de programación de procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano:

- Proporción de cancelación de cirugía (P.2.15)

Registro Tipo 5-Registro de detalle de Eventos Adversos:

- Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización (P.2.6)
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias (P.2.7)
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa (P.2.8)
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (P.2.9)
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización (P.2.10)
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias (P.2.11)
- Tasa de úlceras por presión (P.2.12) Registro

Tipo 6-Registro de detalle de Urgencias Triage II



DOCUMENTO CONTROLADO

- Tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II (P.3.10)

El Ministerio de Salud y Protección Social ajusta al indicador número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación. (Resolución 1097 de 2018)

B. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

Adicionalmente, el Hospital Roberto Quintero Villa, se encuentra Certificado en Normas de Calidad ISO 9001 desde el año 2009, lo que implica el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001- 2015) que exige el desarrollo de actividades coordinadas para lograr la calidad de los servicios que se ofrecen al usuario, es decir planear, controlar y mejorar aquellos elementos de la entidad que influyen en el cumplimiento de los requisitos establecidos y en el logro de la satisfacción del mismo, con principios de enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque de procesos, mejora continua, toma de decisiones basada en hechos y relación mutuamente beneficiosa con los proveedores.

Este sistema incluye, además, el cumplimiento de procedimientos obligatorios como el control de documentos y registros de la organización, el control del servicio no conforme en los procesos misionales, la ejecución de auditorías internas y el planteamiento de oportunidades de mejora a través de acciones correctivas y acciones preventivas.

Elementos del SGC

Comprensión de la Organización y de su contexto (4.1- ISO 9001:2015)

La comprensión de la organización y su contexto, se desarrolla teniendo en cuenta lo definido en este documento en el Contexto Estratégico, que incluye entre otros temas el plan estratégico, misión y visión. Es parte integral del contexto el conocimiento y análisis de las partes interesadas, los planes estratégicos y proyectos asociados a los mismos. En este escenario se definen los diferentes factores, las partes interesadas y su relacionamiento, los cuales sustentan la gestión del instituto.

En el contexto se identifica el Análisis DOFA, también conocido como Matriz DOFA, metodología que permite conocer la situación de la Entidad, analizando sus cuestiones internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades). Este análisis es base para el desarrollo de la gestión del riesgo. Este análisis se revisa por lo menos una vez al año.



Certificado No. SC 5858-1

DOCUMENTO CONTROLADO

Necesidades y Expectativas de las partes interesadas (4.2- ISO 9001:2015)

La ESE identifica las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes a los objetivos institucionales, objetivos del proceso, contexto Estratégico. Esta información es soporte para el desarrollo de la gestión del día a día del hospital y permite un mejor relacionamiento con las partes interesadas identificadas.

Alcance del SGC (4.3- ISO 9001:2015)

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad del contempla los factores internos y externos pertinentes para el logro de sus propósitos institucionales. Se encuentra descrito en el Alcance del SGC (4.3- ISO 9001:2015) del presente manual

Exclusiones

De la Norma ISO 9001:2015, se excluye el Requisito 8.3 Diseño y desarrollo ya que esta es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que adopta las Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, sin participar en el diseño de los mismos.

Procesos del SGC (4.4- ISO 9001:2015)

Mapa de Procesos

Ver ítem 3.3.2. Describe los diferentes tipos de procesos, determina la secuencia e interacción de los mismos, se clasifican en: estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación y control, los cuales están orientados a satisfacer las necesidades de evaluación e investigación de los ciudadanos y las partes interesadas.

Liderazgo y Compromiso (5.1 - ISO 9001:2015)

La alta dirección demuestra el liderazgo y compromiso a través de las siguientes acciones:

Con la resolución No. 0369 mayo 30 de 2018, por el cual se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del comité institucional de Gestión y Desempeño del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E y se deroga la Resolución 1050 de 31 de diciembre de 2017 y se definen las actividades:

- a) Ratifica la política y objetivos de calidad, los cuales se encuentran vigentes.
- c) Fortalece el mejoramiento continuo y cumplimiento de los requisitos de los sistemas de gestión por medio de las auditorías e indicadores.
- d) Identifica los riesgos y los mitiga para evitar errores en la cadena de valor, mejorando los procesos estratégicos, misionales, transversales y de apoyo.
- e) Asigna los recursos necesarios para la implementación, sostenimiento y mejora del

DOCUMENTO CONTROLADO

sistema de gestión de Calidad.

- f) Comunica la importancia del SGC a través de los diferentes canales de comunicación y se deja evidencia por medio del acta de reunión con los temas tratados.
- g) Asegura el cumplimiento de los objetivos y logros a través de los indicadores.
- h) Se encuentra comprometida la Alta Dirección, presidiendo las reuniones y acompañando a los colaboradores en la realización de las actividades con éxito.
- i) Promueve la mejora de las actividades, realizando seguimiento a los procesos.
- j) Apoya los roles pertinentes, demostrando el liderazgo por medio de la revisión por la dirección, comités directivos permanentes.
- k) La responsabilidad por el Sistema de Gestión de Calidad es compartida por la Dirección General con los líderes de los procesos, y para facilitar su ejecución se ha designado al líder de calidad, como Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad, quien coordina el sistema.
- l) La Dirección asegura a través de los Comités, la comprensión y el compromiso de los colaboradores (funcionarios y contratistas) por medio de la asistencia a reuniones de los líderes de los procesos al interior de cada proceso, quienes a su vez se comprometen con la comunicación adecuada del Sistema de Gestión de Calidad a sus respectivos grupos de trabajo.
- m) Al mismo tiempo, la Dirección ha establecido canales de comunicación efectivos por medio de la página web, intranet, correos electrónicos, talleres y/o capacitaciones, entre otros, con lo cual se evidencia el liderazgo y compromiso en relación con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.
- n) El proceso de Calidad, es el responsable de la implementación apropiada y oportuna del Sistema de Gestión de la Calidad y tiene además la autoridad para asegurar su efectiva continuidad.

Política de Calidad (5.2.1 - ISO 9001:2015)

La política de calidad es referente para la planeación y determinación de los objetivos de calidad. Es comunicada por la Gerencia a sus colaboradores y grupos de interés con el propósito de que estén familiarizados con la política y los objetivos de la ESE. **Ver ítem 4.4.2**

Revisión, entendimiento y divulgación de la política y los objetivos de calidad (5.2.2 - ISO 9001:2015)

La política y los objetivos de calidad son revisados y actualizados anualmente en la reunión de Revisión por la Dirección, sin embargo, en el caso de existir algún cambio trascendental que afecte el Sistema de Gestión de Calidad, se realizará la revisión y actualización.

Es responsabilidad del cuerpo directivo conjuntamente con los líderes de proceso, la revisión, entendimiento y divulgación de la política y objetivos de calidad, y de los procesos,

DOCUMENTO CONTROLADO

los mecanismos de seguimiento y evaluación y demás elementos que componen el SGC.

El grado de entendimiento de la política de calidad se verificará en las auditorías internas del sistema de gestión de Calidad, adicionalmente, la Política también se difundirá a las partes interesadas (usuarios, ciudadanos, clientes y proveedores).

Roles, responsabilidades y autoridades (5.3 - ISO 9001:2015)

En la ESE, las relaciones están definidas en el organigrama (Ver punto 4,3,3 Contexto estratégico). Las responsabilidades y autoridades se encuentran definidas y consignadas en las descripciones de cargos de cada funcionario.

La Alta Dirección General designó al Líder de calidad como Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad, quien tiene la responsabilidad de:

- Asegurar que se establezca, se implemente y se mantengan los procesos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión, para efectos de su revisión y como base para el mejoramiento del sistema.
- Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles del Hospital.
- Representar a la ESE en lo relacionado con los temas vinculados con el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Ser facilitador en la definición e implementación de técnicas y esquemas para la construcción de la calidad.
- Asegurar que la integridad del sistema de gestión se mantiene cuando se planifican e implementan los cambios.

Responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección:

La alta Dirección, tiene compromiso fortalecer y mejorar de manera continua de los procesos institucionales, con el fin satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas, y en consecuencia, la responsabilidad de definir el direccionamiento estratégico para la gestión de calidad a través de la formulación e instrumentación de la política de calidad y sus objetivos, y de proporcionar el aseguramiento y la disponibilidad de los recursos para su implementación, desarrollo y mantenimiento.

Acciones para abordar riesgos y oportunidades (6.1 - ISO 9001:2015)

Riesgos

Los riesgos de la ESE se gestionan para apoyar con su misión y objetivos institucionales,



DOCUMENTO CONTROLADO

la cual se realiza teniendo en cuenta los lineamientos y la metodología para implementar el ciclo continuo de identificación de riesgos, para los procesos del Instituto y así permitir la identificación de eventos, causas y las posibles consecuencias con sus efectos o nivel de impacto y probabilidad para la Entidad. Una vez identificados los riesgos se proponen las opciones para el Plan de Tratamiento.

La administración de riesgos garantiza cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, así como con el Componente Administración de Riesgos, del MECI.

Objetivos de Calidad (6.2 - ISO 9001:2015)

- Implementar y actualizar el Modelo Integrador de planeación y gestión, bajo la norma ISO 9001:2015.
- Realizar seguimiento y análisis al contexto interno y externo de la ESE y determinar la pertinencia para el Sistema de Gestión de Calidad.
- Aumentar el grado de satisfacción de las necesidades o requisitos de las partes interesadas de mayor impacto de la ESE.

Planificación y control de los cambios (6.3 - ISO 9001:2015)

Los cambios en el Sistema de Gestión de Calidad se realizan de forma planificada y se analizan en la Revisión por la Dirección o pueden ser identificados por los líderes de proceso, estos cambios pueden ser:

- Cambios en sistemas de información o aplicativos
- Cambios en el Direccionamiento Estratégico
- Cambios en la Infraestructura
- Cambios tecnológicos
- Cambios en las necesidades de las partes interesadas (clientes, proveedores, entes de control, etc.)
- Cambios en los procesos
- Cambios en los requisitos CLEN (Cliente, Legales, Entidad, Norma)

Apoyo (7 - ISO 9001:2015)

Generalidades (7.1.1 – ISO 9001:2015)

La ESE determina y proporciona los recursos necesarios para desarrollar todas las actividades del Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con la capacidad del instituto y el presupuesto asignado, con el fin de mejorar su eficacia, eficiencia, efectividad, y

DOCUMENTO CONTROLADO

así incrementar la satisfacción de sus partes interesadas y de sus grupos de interés.

Así mismo, el Instituto ha identificado y determinado los recursos necesarios para su operación los cuales se encuentran identificados en el Plan de Acción, los cual contribuye al logro de los objetivos y metas institucionales.

La planificación y gestión de los recursos para la operación del Sistema Gestión de Calidad y la prestación de los servicios se realiza, desde los procesos de apoyo, a través del Presupuesto, del Plan Anual de Adquisiciones y Plan de Acción.

Personas (7.1.2 – ISO 9001:2015)

El hospital, a través del proceso Gestión del Talento Humano - GTH- determina y proporciona el personal necesario para la implementación y fortalecimiento del Sistema Gestión de Calidad, así como la operación de los procesos, detallando las necesidades de personal en el Plan Anual de Vacantes, de acuerdo con la normatividad vigente

Infraestructura (7.1.3 – ISO 9001:2015)

La ESE, a través de las directrices de la Gerencia y el fortalecimiento y ejecución de los planes de mantenimiento, mantiene la infraestructura necesaria para la operación y normal funcionamiento de los procesos institucionales, así como los requeridos para el cumplimiento de los servicios, incluyendo área locativa, espacios de trabajo adecuados y sus servicios asociados (redes internas de suministro de servicios públicos o cableado estructural, entre otros), equipos y sistemas de información (hardware y software) y comunicación para la gestión de los procesos y servicios.

Además, el Instituto proporciona los elementos necesarios a sus servidores para el desempeño de sus actividades, tales como equipos de comunicación, bienes muebles, sala para reuniones, eventos y espacios de esparcimiento, a través del comité de bienestar

Ambiente para la operación de los procesos (7.1.4 – ISO 9001:2015)

De acuerdo con lo descrito en el punto anterior, la infraestructura permite, proporciona y mantiene un ambiente de trabajo adecuado para el desarrollo de las funciones y el cumplimiento de la misión institucional, y cuenta con el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, el cual se encuentra en implementación y lo coordina la Talento Humano, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Recursos de seguimiento y medición (7.1.5.1 – ISO 9001:2015)

Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y de calibración

DOCUMENTO CONTROLADO



metrológica, el cual cuenta con evidencia de ejecución.

Trazabilidad de las mediciones (7.1.5.2 – ISO 9001:2015)

Teniendo en cuenta que la trazabilidad de las mediciones es importante en el desarrollo de las actividades del Hospital, se verifica que el estado de calibración de los equipos que se utilizan esté de acuerdo con los protocolos, para lo cual deja evidencia en los informes que realizan los colaboradores asignados por la Gerencia para estas actividades.

Conocimiento de la Organización (7.1.6 – ISO 9001:2015)

La ESE ha determinado los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios, para lo cual ha establecido estrategias de gestión del conocimiento, tales como:

- Comité de Desempeño Institucional.
- La mejora en los procesos de contratación de servicios, previo el estudio de las experiencias pasadas. Esta actividad es realizada por los supervisores de contrato que potencializan la información de oportunidades, prácticas exitosas de los contratistas.
- La utilización de medios de difusión de rendición de cuentas en redes sociales,
- La rendición de cuentas de manera virtual y presencial
- El uso de la página web para mantener actualizada la información que manifiesta el cumplimiento de los componentes de la Ley de transparencia,
- El Comité de asociación de los usuarios,
- Las actividades extramurales que realiza el equipo de Gestión de la Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC

Recursos y Competencia (7.2 - ISO 9001:2015)

Con el apoyo del proceso de talento humano, se asegura que los miembros del sistema de gestión de calidad que realicen actividades que afecten el cumplimiento con los requisitos de los productos y servicios que brinda la ESE, sean basados en la formación, habilidades y experiencia.

Se cuenta con el Plan de capacitación y formación (PIFC), el cual da cumplimiento al Decreto 1083 de 2015, que contribuye al fortalecimiento de las competencias y habilidades de los colaboradores de la Entidad por medio de las capacitaciones, talleres, entre otras actividades.

Se realiza actividades de inducción y reinducción, en concordancia la normatividad vigente,

Toma de conciencia (7.3 ISO 9001:2015)



DOCUMENTO CONTROLADO

El SGC contempla actividades definidas para asegurar que los colaboradores son conscientes de la pertinencia e importancia de las actividades que realiza y de cómo contribuye al logro de los objetivos del mismo.

Comunicación (7.4 ISO 9001:2015)

Se cuenta con el Plan de comunicaciones interno y externa de la entidad, el cual contempla:

- a) Qué comunicar
- b) Cuándo comunicarlo
- c) A qué persona comunicárselo
- d) Cómo realizar la comunicación
- e) Quién es la persona encargada de realizar la comunicación

Información documentada (7.5 ISO 9001:2015)

La ESE a través del presente Manual y de otros documentos los cuales definen lineamientos y sirven de apoyo para la gestión de los procesos y la prestación de los servicios; dentro de la información documentada del Sistema se cuenta con procedimientos, instructivos, guías, formatos, actas, políticas, registros, entre otros, que se encuentran en medios físicos y electrónicos.

La documentación del sistema de gestión de calidad contempla:

La política y objetivos de calidad. Los requeridos por ISO 9001:2015.

La creación, eliminación o actualización de los documentos cumplen con las directrices del procedimiento de Control de documentos vigente.

Los procesos establecen y mantienen los registros necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad con los requisitos. Estos registros son legibles, están identificados, se protegen y se controlan para su recuperación.

Se cuenta con el Plan institucional de archivos (PINAR), instrumento concebido para direccionar la planificación, en sus distintas dependencias en materia de gestión de documentos y administración de archivos, acorde con lo establecido en la Ley 594 de 2000 -Ley General de Archivos-, que enmarca los lineamientos de las actividades que cada año deben llevarse a cabo para desarrollar y dar continuidad a la construcción de un sistema institucional de archivos, a lo largo del ciclo vital de los documentos, desde la planeación en su rol estratégico, articulada con los demás planes de la Entidad,

Centro de archivos,

Historia clínica digital

Historia Laboral



DOCUMENTO CONTROLADO

Control de la Información documentada (7.5.3 ISO 9001:2015)

Se cuenta con el proceso Gestión Documental, el cual tiene como objetivo para el manejo, consulta, custodia, conservación y disposición final de documentos.

A través del Listado Maestro de Documentos se logra la actualización y se facilita la consulta y verificación de los documentos de los Sistemas de Gestión (SOGC, Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad de la Información),

Así mismo, se dispone de los procedimientos, programas y guías para la conservación de los documentos, los cuales se constituyen en la memoria institucional y le permite cumplir con la normatividad definida por el Archivo General de la Nación.

Operación (8. ISO 9001:2015)

Planificación y control operacional (8.1 ISO 9001:2015)

Los procesos deben ejecutarse bajo control, y se debe mantener información documentada (evidencia) que demuestre que se han llevado a cabo de acuerdo a lo planificado y que los productos o servicios son conformes con los requisitos. Aquellos procesos que se ejecutan externamente por terceros, tienen el mismo grado de control y deben cumplir los mismos requisitos que los procesos internos.

Los procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad realizan su planeación enfocados al logro de los objetivos de calidad y al cumplimiento de los requisitos de las partes interesadas, usuarios y ciudadanos y externos. Por lo tanto, los responsables de los procesos deben planificar la realización del producto o prestación del servicio garantizando su coherencia con los requisitos de los otros procesos y deben prever las acciones y recursos requeridos para su desarrollo.

Comunicación con el Cliente (8.2.1 ISO 9001:2015)

El Hospital Roberto Quintero Villa ha establecido los lineamientos para la comunicación con el cliente a través de actividades de comunicación, Publicaciones e Imagen (para atender de manera oportuna las necesidades de información de los diferentes públicos objetivos a nivel interno y externo) y del proceso Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) (para gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de manera oportuna, clara y pertinente, a través de los diferentes canales de atención -telefónica, escrito, electrónico y ventanilla.



Además, la ESE ha establecido mecanismos de contacto con las partes interesadas para
DOCUMENTO CONTROLADO

obtener información sobre las necesidades y prioridades en la prestación del servicio; ha desarrollado una estrategia de rendición de cuentas de acuerdo con las necesidades de información de la población objetivo y se han definido acciones de diálogo que permitan la participación de las partes interesadas.

Link de Transparencia y acceso a la información pública: En la página principal de la Universidad se tiene disponible el link de Transparencia y acceso a la información pública para disposición de la ciudadanía.

Determinación de los requisitos para los productos y servicios (8.2.2 ISO 9001:2015)

Esto implica que la ESE debe garantizar que:

- Se definen los requisitos de los productos y servicios, incluidos aquellos que son necesarios por la organización, así como la aplicación de los requisitos legales y reglamentarios.
- Es capaz de cumplir los requisitos establecidos y justificar las reclamaciones por los productos y servicios que ofrece.

Revisión de los requisitos para los productos y servicios (8.2.3.1 ISO 9001:2015)

La revisión de los requisitos de los servicios requeridos por los usuarios o ciudadanos, se realiza a través de los procesos en los cuales se realizan los trámites

Requisitos Legales y Reglamentarios.

Se cuenta con Normativa del sector salud, Guías de práctica Clínica, procesos, instructivos, que son monitoreados través de medición de indicadores a través de auditorías.

Capacidad instalada en la institución que cumpla con la legislación establecida para la prestación de servicios de salud de baja complejidad

Se monitorea el desempeño de los requisitos de la prestación de los servicios de salud, a través del cumplimiento de los estándares definidos en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, el Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y demás normas que afectan directamente el cumplimiento de las actividades administrativas.

Requisitos de la organización.

Los requisitos de la organización para los procesos de la ESE se encuentran establecidos en las caracterizaciones de cada proceso.



Certificado No. SC 5858-1

DOCUMENTO CONTROLADO

Cumpliendo con lo establecido en contratos y prestación de servicios de salud con oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad.

Adherencia de los funcionarios a las guías de procesos y procedimientos de la institución,
Utilización de Consentimientos informados.
Política de Seguridad del paciente.
Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias

Conservación de la información documentada (8.2.3.2 ISO 9001:2015)

Cuando se generan nuevos requisitos de los servicios, los líderes de los procesos en los cuales se originan, conservarán la documentación que lo evidencian, lo cual garantiza la trazabilidad y adecuada prestación de los mismos, conforme a los protocolos establecidos.

Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente (8.4.1 ISO 9001:2015)

La ESE cuenta con directrices que permite gestionar la adquisición de bienes y servicios requeridos, de acuerdo con los requisitos definidos en el Manual de Contratación y la normatividad vigente aplicable.

La ESE determina y aplica los criterios para la evaluación, selección, el seguimiento al desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, soportados en la capacidad para proporcionar servicios de acuerdo con los requisitos

Tipo y alcance del Control (8.4.2 ISO 9001:2015)

Mediante el proceso de Compras, bienes y suministros se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplan con los requisitos de compra especificados, los cuales están alineados y atienden los lineamientos del Manual de Contratación.

La ESE asegura que los procesos y servicios suministrados externamente no afectan de forma adversa su capacidad de entregar servicios conformes de manera coherente a sus beneficiarios.

Información para los Proveedores Externos (8.4.3 ISO 9001:2015)

La comunicación constante con los proveedores de la ESE, es una de las claves para el éxito en la prestación de los servicios de salud, ya que todo lo que afecte a los proveedores del Hospital, es susceptible de afectar los resultados de procesos institucionales. Se cuenta

DOCUMENTO CONTROLADO

con un grupo de proveedores de confianza con los que se trabaja en armonía.

La información que la ESE brinda a sus proveedores y comunidad, cumple con los lineamientos, políticas y reglamentos definidos por la Junta Directiva, el cual está liderado por el señor alcalde y la Gerente.

El proceso de Contratación cuenta con una guía en la cual se describen las actividades de evaluación, selección, seguimiento al desempeño y reevaluación de proveedores.

El control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo se realiza mediante los informes de supervisión e interventoría que se generan durante la ejecución del contrato.

Una vez finalizada la prestación del servicio o entrega de producto por parte del proveedor se realiza la evaluación de acuerdo con lo definido en el formato para la evaluación de proveedores. Los resultados de estas evaluaciones se comunican a los proveedores y de acuerdo a los resultados, se realiza el proceso de reevaluación.

Control de la producción y de la prestación del servicio (8.5.1 ISO 9001:2015)

El Hospital, provee los servicios de manera controlada ya que estos:

- Están documentados (Manual de procesos y procedimientos).
- Los procedimientos que se realizan tienen base científica o son directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
- La caracterización de los procesos permite revisar cómo se realizan, la trazabilidad de los insumos.
- La información de los productos está documentada en historia clínica.

La ESE debe planificar y llevar a cabo su gestión bajo condiciones controladas, que deben incluir, cuando sea aplicable:

- La disponibilidad de información que describa las características del servicio,
- La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.
- La designación de personal competente para la realización del servicio de acuerdo con los perfiles establecidos por la ESE El uso de equipos, técnicos y tecnológicos apropiados.
- Realización de seguimiento y de medición de los procesos.
- Administración de los riesgos identificados conforme a la guía definida por el DAFP, para tal fin.
- Implementación del seguimiento y medición mediante auditorías internas y externas, encuestas de satisfacción, reporte de indicadores, PQRS, entre otros.
- Provisión de la infraestructura física, tecnológica y ambiente de trabajo adecuados para la operación de los procesos.



DOCUMENTO CONTROLADO

- Implementación de acciones para prevenir errores humanos como: criterios definidos para la revisión, aprobación de procedimientos y calificación del personal, uso de métodos y procedimientos específicos y control de documentos.

Identificación y trazabilidad (8.5.2 ISO 9001:2015)

La ESE exige el cumplimiento de los requisitos legales que obligan al fabricante de productos médicos a identificar sus componentes, materiales, producto intermedio y terminado, lotes de materias primas o partidas de productos.

Los líderes de cada proceso que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad, identifican la documentación creada para la conformación de la memoria documental del Sistema de acuerdo con los lineamientos establecidos en el procedimiento de control de documentos internos y procedimiento control de registros

Para la creación y actualización de documentos se cuenta con la guía de actualización de documentos, la cual establece la codificación, tipo de documentos, diagramación, contenido, entre otros.

Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos (8.5.3 ISO 9001:2015)

La propiedad del paciente que ingresa al Hospital para prestarle un servicio de salud, se le entrega a la familia o acompañante.

En cuanto a objetos personales, si el paciente está incapacitado para ejercer autonomía de sus objetos personales, la auxiliar de enfermería los retira en presencia de su familia y los entregara. Así mismo la custodia de la historia clínica con todos los documentos y anexos respectivos estará a cargo del archivo central y solo se entregará a terceros según lo establecido en la resolución 1995 de 1999.

La ESE establece los lineamientos y pautas para identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente, como la Historia clínica, con procesos para su manejo archivo y custodia.

Los líderes de proceso son responsables de la identificación, custodia y conservación de la propiedad del cliente o proveedor externo, mientras esté bajo su control o esté siendo utilizada, así como garantizar el uso exclusivo en el trámite para el que se solicitó.

Preservación (8.5.4 ISO 9001:2015)

Los productos y servicios que presta el Hospital, con sus respectivos soportes y antecedentes se preservan y custodian de acuerdo con lo establecido en el proceso Gestión documental, y documentos relacionados (procedimientos, planes, programas, entre otros)



DOCUMENTO CONTROLADO

en los cuales se establecen los lineamientos y controles para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, permitiendo la recuperación de la información y la preservación de la memoria institucional de la ESE.

Actividades posteriores a la entrega (8.5.5 ISO 9001:2015)

Las actividades posteriores a la entrega de los trámites y servicios se gestionan a través de documentos relacionados como el procedimiento PQRS, el cual está liderado por el SIAU.

Para asegurar la calidad del servicio se tiene en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés con el fin de asegurar la satisfacción del cliente (Se obtiene información a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción)

Control de Cambios (8.5.6 ISO 9001:2015)

La ESE revisa y controla los cambios para la prestación de sus servicios, con el fin de garantizar la continuidad de los mismos; los cuales son revisados y aprobados de acuerdo a los lineamientos institucionales.

Liberación de los productos y servicios (8.6 ISO 9001:2015)

La ESE debe realizar la liberación de los productos y servicios hasta que se haya completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, para lo cual se conserva la información documentada donde se evidencia la conformidad con los criterios de aceptación y la trazabilidad pertinente.

Control de las salidas no conformes (8.7.1 ISO 9001:2015)

La ESE se asegura que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.

Conservación de la Información documentada control de las salidas no conformes (8.7.2 ISO 9001:2015)

Cuando se presentan Salidas No conforme, los líderes de proceso las identifican como susceptibles de tratamiento de Salidas No Conformes, con el fin de dar el tratamiento y adelantar las acciones inmediatas para minimizar su impacto y realizar las acciones relacionadas con corrección, análisis de causa y acción correctiva.

Seguimiento, medición, análisis y evaluación (9.1 ISO 9001:2015)



DOCUMENTO CONTROLADO

Generalidades (9.1.1 ISO 9001:2015)

La ESE ha definido los lineamientos para la formulación, validación, aprobación y seguimiento de indicadores de gestión (eficacia, eficiencia y efectividad) en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, con el objeto de medir, evaluar y mejorar el desempeño de los mismos.

La Entidad ha establecido mecanismos para el seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño de los procesos, a través de Plan de Acción, incluye indicadores de seguimiento, reporte de Indicadores de los procesos e Informes de Gestión

5.3.10.2 Satisfacción del cliente (9.1.2 ISO 9001:2015)

La percepción de la satisfacción del beneficiario es evaluada por cada uno los procesos de la Institución a través de encuestas de satisfacción aplicadas, los resultados son revisados y tabulados para su reporte en el informe de desempeño

5.3.10.3 Análisis y Evaluación (9.1.3 ISO 9001:2015)

El Hospital planifica y gestiona los procesos de seguimiento, medición, análisis y de mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto o servicio, asegurar la conformidad del sistema de gestión de la calidad y, mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC.

En este sentido, la Entidad ha definido los diferentes mecanismos que permiten la ejecución adecuada de procesos de medición análisis y mejora:

Sistema de medición a través de indicadores del plan de desarrollo y de planes de acción.
Herramientas para análisis y solución de problemas.

Programa de seguridad del paciente, como herramienta para prevención de indicios de atenciones inseguras.

Comités institucionales

Análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción y expectativas del cliente.

Resultados de las auditorías internas y externas.

Resultado de la evaluación del desempeño de los procesos.

De otra parte y para demostrar la capacidad para alcanzar los resultados planificados y el manejo de los recursos, se cuenta con Mapa de riesgos institucionales y de corrupción, y sus correspondientes planes de mitigación.

Con base en los diferentes mecanismos de seguimiento al servicio, procesos, evaluación de satisfacción del cliente, auditorías, indicadores de gestión, matriz de riesgos, seguimiento y evaluación de proveedores, se realiza el análisis de los datos apropiados

DOCUMENTO CONTROLADO

para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad de Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE

Auditoría interna (9.2.1 ISO 9001:2015)

Es el proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para el sistema de gestión de la calidad.

El Hospital Roberto Quintero Villa, revisa los estándares de habilitación, del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y el avance del sistema de gestión de la calidad, mediante la aplicación de listas de chequeo

Programas de auditoría (9.2.2 ISO 9001:2015)

En el Hospital se desarrollan dos tipos de auditorías internas, las del Sistema de Gestión de Calidad, en las cuales se verifica el cumplimiento de los requisitos normativos establecidos por la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015, dentro de las cuales se incluye la auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El otro tipo de auditorías internas son las de Control Interno, las cuales se realizan siguiendo lo establecido en el Estatuto de Auditoría Interna adoptado por la ESE mediante Resolución 647 de 2018, en la cual se establece el alcance, autoridades, funciones y responsabilidades, funciones del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, responsabilidades de la auditoría interna, y código de ética del auditor.

Para llevar a cabo su gestión ha establecido el siguiente procedimiento: Auditoría Interna

Condiciones:

Objetividad e imparcialidad del procedimiento

Aplicación del Modelo Integrador del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.

Auditor interno con formación.

Ejecución del Programa de Auditoría:

Un (1) ciclo de Auditoría Interna para todos los macro procesos y procesos de la Institución en el primer semestre del año.

Un (1) ciclo de Seguimiento (Estado de hallazgos y resultados de la implementación de acciones de mejora) para todos los procesos y subprocesos de la Institución en el segundo semestre del año

El plazo máximo para enviar por correo electrónico institucional al responsable del proceso

DOCUMENTO CONTROLADO

auditado y al Líder de Calidad el informe de Auditoría Interna y las listas de verificación de los procesos es de cinco (5) días hábiles posterior a la ejecución de la misma.

Las actas de reunión de apertura y cierre del procedimiento de Auditoría Interna deben ser entregados a la Líder de Calidad en medio físico posterior ejecución de la Auditoría. Seguimiento: El auditor del proceso realizará seguimiento al planteamiento de las acciones correctivas, a los 30 días calendario de realizada la auditoría.

El proceso de Calidad realizará seguimiento a la implementación de las oportunidades de mejora, 60 días calendario posterior a la realización de la Auditoría.

Los hallazgos solo pueden ser cerrados por el Auditor del proceso o el líder de Calidad.

Ejecución: (Actividades Esenciales)

- a) Elaborar el Programa de Auditoría Interna.
- b) Conformar los Equipos de Auditoría Interna
- c) Definir el alcance de la Auditoría Interna.
- d) Elaborar el Plan de Auditoría.
- e) Revisar la documentación del proceso o subproceso a auditar.
- f) Revisar y ajustar listas de verificación pre establecida por el Comité de Gestión y Desempeño para la Auditoría general del proceso y para la verificación de los requisitos de Habilitación.
- g) Preparar las actividades de auditoría in situ.
- h) Realizar reunión de apertura.
- i) Ejecutar las actividades de Auditoría in situ.
- j) Realizar reunión de cierre y retroalimentar a los auditados el informe preliminar y conclusiones de la Auditoría.
- k) Elaborar y enviar por correo electrónico institucional, el informe de Auditoría al auditado y al Líder de Calidad (plazo de 5 días hábiles)
- l) Presentar Informe al Comité de Gestión y Desempeño.
- m) El auditor del proceso realizará seguimiento al planteamiento de las acciones correctivas del mismo, a los 30 días calendario de realizada la auditoría.
- n) El líder del proceso de Calidad realizará seguimiento a la implementación de las oportunidades de mejora, 60 días calendario posterior a la realización de la Auditoría.
- o) Los hallazgos solo pueden ser cerrados por el Auditor del proceso o el líder de Calidad
- p) El líder del Proceso de calidad presenta informe semestral al comité de Gestión y Desempeño.

Revisión por la Dirección (9.3. ISO 9001:2015)

La revisión por la dirección es responsabilidad del nivel directivo, quienes analizan la información de entrada, de que la norma ISO 9001:2015 y que generan evidencia de los

DOCUMENTO CONTROLADO

resultados de la revisión que permitan mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión.

Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) oportunidades de mejora
- b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad
- c) necesidades de recursos

Mejora (10.1 ISO 9001:2015)

La mejora continua es el conjunto de acciones realizadas con el fin de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de los usuarios y optimizar el desempeño institucional. En este sentido, el SGC adelanta acciones y estrategias permanentes de mejoramiento para aumentar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema mediante la aplicación permanente de la política de calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, los resultados de la medición y seguimiento y revisión por la dirección.

Se tiene definido el procedimiento de acciones correctivas para la identificación, análisis, eliminación de causas de los problemas potenciales/reales con origen en los procesos de la ESE, con el fin de tomar las acciones apropiadas para prevenir su ocurrencia. Las acciones se documentan en el formato acciones correctivas.

No Conformidad y Acción Correctiva (10.2 ISO 9001:2015)

Se tiene definido el procedimiento de acciones correctivas para la identificación, análisis, eliminación de causas de los problemas potenciales/reales con origen en los procesos de la ESE, con el fin de tomar las acciones apropiadas para prevenir su ocurrencia. Las acciones se documentan en el formato acciones correctivas.

Mejora Continua (10.3 ISO 9001:2015)

La ESE cuenta con lineamientos, criterios y roles para la gestión de las acciones de mejora para la atención de las No Conformidades u Oportunidades de Mejora identificadas para el tratamiento respectivo

La ESA mejora continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del SGC mediante la formulación de acciones de mejora resultado de la evaluación de la satisfacción del usuario, análisis de datos, aspectos por mejorar de auditoría interna o externa, resultado de la revisión por la dirección, cambios en el contexto de la institución, cambios en el riesgo identificado, nuevas oportunidades, entre otros.

C. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

La ESE tiene implementado el SGSST, el cual ha sido desarrollado por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, las aplicaciones, la evaluación, la auditoria, y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo, cuyos principios deben estar basados en el ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar)

De conformidad con el artículo 2.2.4.7.4. del Decreto 1072 de 2015 el Sistema de Estándares Mínimos es uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales y en la actualidad la **RESOLUCIÓN No. 0312 DE 2019**, define dichos estándares, ante lo cual el Hospital se encuentra en fase de implementación.

Entre las actividades que se realizan están:

- Identificar los peligros, valorar los riesgos y determinar los controles
- Realizar acompañamiento en el COPASST, Comité de Convivencia laboral y comité hospitalario de emergencias y brigadas
- Asignación un profesional responsable en el área de seguridad y salud en el trabajo con capacitación de 50 horas en SG-SST
- Matriz de roles y Responsabilidades de SST distribuidas en la empresa
- Rendición de cuentas a todos los niveles de la empresa de acuerdo a los informes de los comités y SG-SST
- Plan de Trabajo Anual y Programa de Capacitación a todos los empleados en SST (inducción, reinducción)
- Políticas y Objetivos de SST
- Evaluación inicial del SG-SST
- Retención documental, acatamiento de recomendaciones y restricciones del médico laboral de acuerdo a exámenes laborales.
- Programa de estilos de vida y trabajo saludables, promoción y prevención.
- Matriz legal
- Mecanismos de comunicación sobre los temas de SST (para comunicaciones internas o externas)
- Especificaciones de SST en las compras, así como en la evaluación de proveedores
- Gestión del cambio
- Encuesta y aplicación de perfil sociodemográfica y de condiciones de trabajo y salud
- Realización de exámenes médicos laborales periódicas
- Reporte de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, con su respectiva investigación
- Registro y análisis estadístico de accidentes y enfermedades de tipo laboral
- Indicadores de seguimiento al SGSST

- Contar con un método para identificar, evaluar, controlar peligros y riesgos a todos los niveles de la empresa.
- Mediciones ambientales
- Procedimientos e instructivos internos
- Inspecciones a instalaciones, maquinaria y equipos. Mantenimiento periódico de instalaciones, maquinaria, equipos y herramientas en la ESE a cargo del jefe de mantenimiento
- Entrega de EPPs y capacitación de uso adecuado
- Auditoría anual
- Revisión por la dirección

D. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG):

Con el Decreto 1499 de 2017, se da el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

En la ESE, frente al tema se cuenta con los siguientes actos administrativos:

Decreto 1499 de 2017, se da el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Resolución 218 de 2018, que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el Hospital Roberto Quintero Villa ESE

Resolución 368 de 2018 Por la cual se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E

Resolución 369 de 2018 Por la cual se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del Comité de Gestión y Desempeño del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E

Resolución 647 de 2018 Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de auditoría interna en el Hospital Roberto Quintero Villa ESE Montenegro

Resolución 832 de 2018 Por medio de la cual se adopta la Política de Gestión del Riesgo del Hospital Roberto Quintero Villa ESE Montenegro

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión es un marco de referencia que permite planear, dirigir, ejecutar, controlar y evaluar la gestión institucional de la ESE en términos de calidad e integridad del servicio, con el fin de que se entreguen resultados que atiendan y resuelvan las necesidades y problemas de los grupos de valor.

La implementación del MIPG permite cumplir integralmente los requisitos establecidos por las normas y políticas vigentes que en materia de desempeño institucional promueve el Estado.

Identificación de la línea base de MIPG:

Se evalúa a través de FURAG II, bajo los lineamientos e instrumentos establecidos, identificando la línea base; el FURAG II, consolida en un solo instrumento la evaluación de todas las dimensiones del modelo, incluida la correspondiente a control interno.

El MIPG opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones, entre las cuales se encuentra el TALENTO HUMANO como corazón del modelo; MIPG incorpora el ciclo de gestión PHVA (Planear, Hacer, verificar, Actuar) y adicionalmente incluye elementos propios de una gestión pública, moderna y democrática, la información, comunicación y la gestión del conocimiento y la innovación, el control interno, se integra a través del MECI, como una de las dimensiones del modelo, constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales

Dimensiones operativas MIPG



Los objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión son:

- Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas.
- Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos.
- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.
- Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.
- Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño.

Políticas:

- Planeación Institucional
- Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- Talento humano
- Integridad
- Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos



Certificado No. SC 5858-1



DOCUMENTO CONTROLADO

7. Servicio al ciudadano

8. Participación ciudadana en la gestión pública



9.

Racionalización de trámites

10. Gestión documental

11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea

12. Seguridad Digital

13. Defensa jurídica

14. Gestión del conocimiento y la innovación

15. Control interno

16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

17. Mejora Normativa

Con respecto a la gestión misional, es una política orientada a la consecución de las metas

DOCUMENTO CONTROLADO

institucionales, con el fin de dar cumplimiento a la misión institucional.

La política de transparencia, participación y servicio al ciudadano busca el acercamiento del Estado al ciudadano, generando espacios de participación, acceso a la información y



un óptimo servicio al ciudadano.



fin de generar el desarrollo y cualificación de los servidores públicos, la política de gestión del talento humano incluye temas relacionados con planes de capacitación, bienestar, incentivos, clima y plan estratégico de recursos humanos.

La política de eficiencia administrativa está orientada a la identificación, racionalización, simplificación y automatización de trámites, procesos, procedimientos y servicios, así como a contar con entidades eficientes.



La **gestión financiera** es una política orientada a la programación y control de las operaciones financieras y abarca temas relacionados con la adquisición de bienes y servicios, proyectos de inversión y ejecución presupuestal



BIBLIOGRAFÍA

DECRETO 780 DE 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2002). Lineamientos Generales para la Administración del Talento humano al Servicio del Estado. Bogotá. ____ (2005).

Planeación de los Recursos Humanos - Lineamientos de política, estrategias y orientaciones para la implementación. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/img/productos/1449938074_a10ac401ef50e13ec6115298e49819a7.pdf ____ (2012).

Metodología para la implementación del Modelo Integrado de planeación y Gestión. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>

Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano MECI 2014. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/2162.pdf/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. ____ (2015a).

Guía de rediseño institucional para entidades públicas en el orden territorial. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/GuaRedise%C3%B1oInstitucionalEntidadesPublicasOrdenTerritorial/9ec50872-cd62-4893-aead-dd858417567d> ____ (2015b).

Modelo Único de Gestión para la administración pública de Colombia. Informes Finales Contratos 076, 081 y 088. - Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites. Documento no publicado. ____ (2015c).

Construcción de un índice sintético de desempeño institucional. Producto 2: Documento metodológico y conceptual. Dirección de Desarrollo Organizacional. Contrato 113 de 2015. Documento no publicado. ____ (2015d).

Informe de Investigación de los Modelos de Gestión de la Calidad Internacionales y de los Sistemas de Acreditación en Colombia - Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites. Documento no publicado. ____ (2015e.)