

**RESOLUCIÓN N° 242**  
(Diciembre 13 de 2019)

**POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESE HOSPITAL CARISMA.**

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, en uso de sus atribuciones Constitucionales y legales y,

**CONSIDERANDO QUE:**

1. Los manuales de procesos y procedimientos son uno de los instrumentos que garantiza la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones; promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional.
2. El Manual de Procesos y Procedimientos, le permite a la ESE Hospital Carisma, contar con un adecuado mecanismo de desarrollo organizacional.
3. Las entidades del Estado se deben organizar y funcionar por procesos y procedimientos sistémicos, con enfoque de servicio, orientados a la satisfacción de las necesidades del cliente.
4. Los procesos y procedimientos deben estar debidamente documentados, caracterizados y elaborados de acuerdo a una metodología estandarizada, facilitando la gestión de la ESE. La estandarización propicia la transparencia en todas las actuaciones de los servidores públicos, generando credibilidad en la Administración pública frente a los ciudadanos.
5. A raíz de la Implementación de los Sistemas Obligatorio de Garantía de la Calidad para las entidades de salud pública, cubiertas por la Ley 872 de 2003, como por ejemplo el "Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" (Decreto 1011 de 2006, expedido en desarrollo de la Ley 715 de 2001), el Decreto 4110 del 2004 la resolución 1315 (CAD) los requisitos que toda entidad pública debe cumplir para garantizar que tiene implementado un SGC; transversalizados por MIPG en el Decreto 1499 de 2017. Surge la necesidad de revisar y actualizar los procesos y procedimientos a las necesidades actuales de la Entidad; las modificaciones y ajustes al manual de procesos y procedimientos fueron realizados por cada líder de área.

6. Para la elaboración de este documento se ha empleado como base las normas internacionales ISO 9000:2005; ISO 9001:2008, Y NTCGP 1000 ISO 9001; sobre gestión de la calidad. Sin embargo, la presente norma integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO. La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí.

Por lo anteriormente expuesto,

#### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar el manual de procesos y procedimientos de la ESE Hospital Carisma, el cual forma parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Los líderes de los procesos, les corresponde efectuar la difusión y vigilancia de la aplicación de los documentos referidos en el presente Manual.

**ARTICULO TERCERO:** La coordinación y la actualización del presente manual de procesos y procedimientos, estará a cargo de la oficina de asesoría de desarrollo organizacional de la ESE.


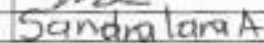
**ARTICULO CUARTO:** La publicación de estos documentos será a través de los mecanismos establecidos en la Ley 1712 de 2014.

**ARTICULO QUINTO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

#### PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Medellín a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil diecinueve (2019).

  
**CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR**  
Gerente

	Nombre	Firma	Fecha
Proyectó	Beatriz Eugenia González Vélez, Asesora Jurídica		13-12-2019
Revisó	Sandra Lara Agudelo, Asesora de Desarrollo Organizacional		13-12-2019

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

## Anexos

Organigrama institucional

Mapa de procesos ESE Hospital Carisma

Mapa de procesos y procedimientos de direccionamiento

Mapa de procesos y procedimientos de apoyo

Mapa de procesos y procedimientos misionales

- Proceso Planeación y calidad
- Proceso Jurídica
- Proceso Comunicaciones.
- Proceso Control Interno Disciplinario
- Proceso Control Interno
- Proceso Recursos Financieros
- Proceso Gestión del Talento Humano.
- Proceso Recursos Físicos y apoyo
- Proceso Atención en Consulta Externa.
- Proceso Atención en Hospitalización
- Proceso Atención al Usuario.
- Proceso Farmacia
- Proceso Programas y Mercadeo

PROCESOS: 13

PROCEDIMIENTOS: 60

**MANUAL**  
**PROCESOS Y**  
**PROCEDIMIENTOS**



**TABLA DE CONTENIDO**

- 1. MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN PROCESOS**
  - 2.1. OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL DE CALIDAD
  - 2.2. OBJETIVO
  - 2.3. ALCANCE
  - 2.4. ALCANCE DEL SGC
  - 2.5. EXCLUSIONES
- 3. NORMATIVIDAD ASOCIADA CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN ESTA NORMA**
- 4. PLATAFORMA ESTRATEGICA**
  - 4.1. RESEÑA HISTÓRICA
  - 4.2. MISION
  - 4.3. VISION
  - 4.4. VALORES INSTITUCIONALES
  - 4.5. OBJETIVOS ESTRATEGICOS
  - 4.6. POLITICA DE CALIDAD
  - 4.7. CONTROL DE DOCUMENTOS Y CONTROL DE LOS REGISTROS
- 5. MEJORA CONTINUA**
  - 5.1. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO.
- 6. ETAPAS GENERALES PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**
  - 6.1. PREPARACIÓN DE LA CULTURA
  - 6.2. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORAMIENTO DE PROCESOS.
- 7. MEJORAMIENTO CONTINUO**
- 8. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**
- 9. CERTIFICACIÓN**
- 10. ACREDITACIÓN**

11. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD MARCO NORMATIVO Y CONCEPTOS
  - 11.1. DECRETO 1011 DE 2006, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
  - 11.2. ATRIBUTOS
  - 11.3. COMPONENTES SOGCS
  - 11.4. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)
  - 11.5. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
  
12. RESOLUCIÓN 1315 DE 2006
  
13. RESOLUCIÓN 1566 DE 2012
  
14. DECRETO 1499 DE 2017
  
15. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA
  
16. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
  - 16.1. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SU GESTIÓN
  - 16.2. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
  - 16.3. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS CLÍNICOS
  - 16.4. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS
  - 16.5. REFERENCIA DE PACIENTES
  - 16.6. SEGUIMIENTO A RIESGOS
  
17. CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL FINANCIERA
  
18. CONDICIONES DE LA CAPACIDAD TÉCNICO – ADMINISTRATIVA
  
19. ANEXO TÉCNICO N° 2, RESOLUCIÓN 1043 DE 2006, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
  
20. ANEXO TECNICO DE LA RESOLUCIÓN 1315 DE 2006
  
21. ACREDITACIÓN
  
22. RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD
  
23. DECRETO 4295 DE 2007, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

- 24. **DESARROLLOS INTERNOS REFERENTES AL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO**
  - 24.1. **COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL**
- 25. **COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**
- 26. **DESARROLLOS INTERNOS REFERENTES AL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN**
  - 26.1. **COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL**
- 27. **SISTEMAS DE INFORMACIÓN**
- 28. **COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA**
  - 28.1. **ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN A NIVEL INTERNO**
    - 2.6.1.1. Personal de la empresa
    - 2.6.1.2. Junta directiva
  - 28.2. **ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN A NIVEL EXTERNO**
    - 28.2.1. Usuarios de la institución
    - 28.2.2. Medios De Comunicación y público en general
- 29. **COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**
  - 29.1. Contexto estratégico
- 30. **DESARROLLOS INTERNOS REFERENTES AL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN**
  - 30.1. **COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN**
    - 30.1.1. Autoevaluación del control
    - 30.1.2. Autoevaluación de la gestión
- 31. **COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE**
  - 31.1. **EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**
  - 31.2. **AUDITORÍA INTERNA**
- 32. **COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**
  - 32.1. **PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL**
  - 32.2. **PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS**
  - 32.3. **PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL**
- 33. **AVANCES NORMOGRAMA**
- 34. **ELEMENTOS COMUNES ENTRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y DE CONTROL INTERNO**

35. FILOSOFÍA MIPG Y SOGCS

36. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

37. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

38. ANEXOS

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL MAPA DE PROCESOS ESE HOSPITAL CARISMA

MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE DIRECCIONAMIENTO

MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO

MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MISIONALES

- Proceso Planeación y calidad
- Proceso Jurídica
- Proceso Comunicaciones.
- Proceso Control Interno Disciplinario
- Proceso Control Interno
- Proceso Recursos Financieros
- Proceso Gestión del Talento Humano.
- Proceso Recursos Físicos y apoyo
- Proceso Atención en Consulta Externa.
- Proceso Atención en Hospitalización
- Proceso Atención al Usuario.
- Proceso Farmacia
- Proceso Programas y Mercadeo

PROCESOS: 13

PROCEDIMIENTO: 60



El presente manual busca brindar de forma clara y coherente a los funcionarios de la ESE Hospital Carisma y personas o entidades externas, información sobre los procesos que permiten un sistema de gestión basado en los lineamientos de calidad, que aseguran la prestación de todos los servicios de salud, y apoyan las actividades que interactúan con dichos procesos.

La responsabilidad desde la Gerencia es grande, lo cual requiere liderar el proceso de mejoramiento de la calidad que la institución presta, y la mejor forma de llevarlo a cabo es a través de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Para las entidades de salud pública, cubiertas por la Ley 872 de 2003, como lo es la ESE Hospital Carisma existen definidos sistemas específicos de carácter obligatorio o voluntario, relacionados con la gestión de la calidad como por ejemplo el "Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" (Decreto 1011 de 2006, expedido en desarrollo de la Ley 715 de 2001), el Decreto 4110 del 2004 la resolución 1315 (CAD) los requisitos que toda entidad pública debe cumplir para garantizar que tiene implementado un SGC; transversalizados por MIPG Decreto 1499 de 2017.

En este marco, se ha determinado que los requisitos de la presente norma, desde la perspectiva de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, son considerados como prerrequisitos para que las acciones de mejoramiento en salud, alcancen sus objetivos, por tanto, los dos sistemas son complementarios y las acciones para su desarrollo.

Para la elaboración de este documento se han empleado como base las normas internacionales ISO 9000:2005; ISO 9001:2008, Y NTCGP 1000 ISO 9001; sobre gestión de la calidad. Sin embargo, la presente norma integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO.

La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

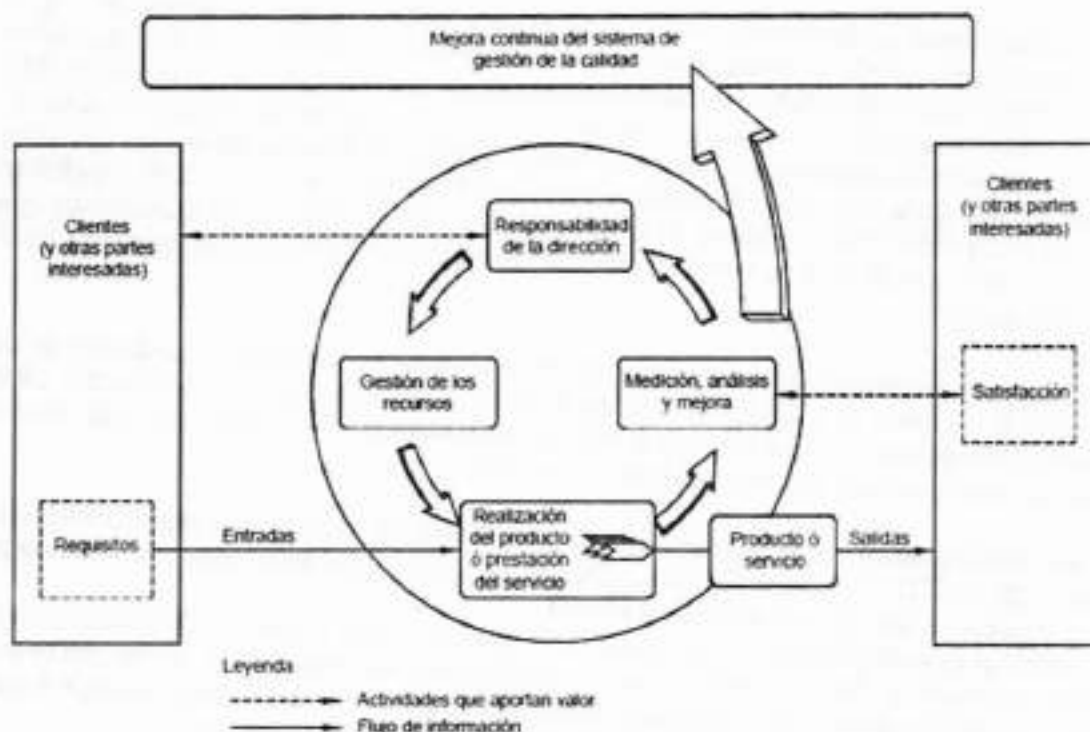
Este enfoque permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades.

De manera adicional, puede aplicarse a todos los procesos, la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA). PHVA, la cual puede describirse brevemente como:

- **Planificar:** establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados, de acuerdo con los requisitos del cliente, los legales aplicables y las políticas de la entidad.
- **Hacer:** implementar los procesos.
- **Verificar:** realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos y/o servicios respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto y/o servicio, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR  
Gerente  
ESE Hospital Carisma

## 1. MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN PROCESOS



Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad, enfatiza sobre la importancia de:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- La obtención de resultados del desempeño y la eficacia del proceso, y
- La mejora continua de los procesos, con base en mediciones objetivas

La implementación de éste, está influenciado por:

- el marco legal aplicable a la ESE Hospital Carisma
- el entorno de la entidad, los cambios y los riesgos asociados a éste,
- sus necesidades cambiantes,
- sus objetivos particulares,
- los productos y/o servicios que proporciona,
- los procesos que emplea, el tamaño y la estructura de la entidad

Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que serán utilizados por la ESE Hospital Carisma, con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño:

- Enfoque hacia el cliente
- Liderazgo
- Participación activa de servidores públicos y/o particulares.
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque del sistema para la Gestión
- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos y datos
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores
- Coordinación, cooperación y articulación.
- Transparencia

Así mismo, es necesario resaltar que la articulación entre estos tres sistemas, está caracterizada por la adopción de un modelo basado en la gestión por procesos y la mejora continua de los mismos mediante la aplicación del ciclo PHVA.

Este manual de calidad se encuentra a disposición de todo el personal, como una guía fundamental para el adecuado entendimiento de la estructura, composición y propósito de la gerencia.

## **2. OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL DE CALIDAD**

### **2.1. OBJETIVO**

Establecer y dar a conocer los fundamentos para la implementación, mantenimiento, mejora y actualización del Sistema de Gestión de la Calidad de la E.S.E Hospital Carisma de acuerdo con los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001 y/o NTCGP 1000, y lo dispuesto en la Ley 872 de 2003 y el decreto 1011 de 2006, la resolución 1315 (CAD). Y la resolución 1566 de 2012 y el Decreto 1499 de 2017 MIPG

### **2.2. ALCANCE**

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE Hospital Carisma, es la prestación de servicios especializados para la promoción de la salud mental, prevención de la farmacodependencia y atención integral de las conductas adictivas.

### **2.3. ALCANCE DEL SGC**

El Sistema de Gestión de Calidad del ESE CARISMA está conformado para los siguientes procesos:

- Proceso Planeación y calidad
- Proceso Jurídica
- Proceso Comunicaciones.
- Proceso Control Interno Disciplinario
- Proceso Control Interno
- Proceso Recursos Financieros
- Proceso Gestión del Talento Humano.
- Proceso Recursos Físicos y apoyo
- Proceso Atención en Consulta Externa.
- Proceso Atención en Hospitalización
- Proceso Atención al Usuario.
- Proceso Farmacia
- Proceso Programas y Mercadeo

#### 2.4. EXCLUSIONES

En el ESE Hospital Carisma, se excluye el cumplimiento al numeral 7.3. Diseño y Desarrollo, debido a que los servicios de salud que ofrece el Hospital no implica el hacer diseño y desarrollo permanente de nuevos programas, si bien, los mismos son actualizados como consecuencia de la nueva normatividad del Ministerio de la Protección Social, el Control de la Superintendencia de Salud y los demás entes de control que originan los Planes de acción y Mejoramiento.

### 3. NORMATIVIDAD ASOCIADA CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN ESTA NORMA

Las entidades tienen la responsabilidad de investigar la normatividad vigente que les es aplicable. El siguiente listado presenta parte de la normatividad asociada con los temas tratados en cada capítulo de la presente norma. No es un listado exhaustivo, detallado o específico, por tanto, no está completo y por lo que debe actualizarse permanentemente.

<b>GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<p>Ley 594 de 200</p> <p>Decreto Nacional 4124 de 2004</p> <p>Decreto Nacional 998 de 1997</p> <p>Acuerdo 07 de 1994 del Archivo General de la Nación</p>
---------------------------	---

	<p>Acuerdo 09 de 1995 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 56 de 2000 del archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 60 de 2001 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 38 de 2002 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 39 de 2002 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 41 de 2002 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 42 de 2002 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 27 de 2006 del Archivo General de la Nación</p>
<p><b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b></p>	<p>Ley 594 de 2000</p> <p>Acuerdo 07 de 1994 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 09 de 1995 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 56 de 2000 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 60 de 2001 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 38 de 1994 del Archivo General de la Nación</p>

TEMA		
CONTROL DE DOCUMENTOS	DE	Acuerdo 39 de 2002 del Archivo General de la Nación
		Acuerdo 41 de 2002 del Archivo General de la Nación
		Acuerdo 42 de 2002 del Archivo General de la Nación
		Acuerdo 27 de 2006 del Archivo General de la Nación
CONTROL DE LOS REGISTROS	DE	NTC – ISO 10005
	LOS	NTC ISO 9001 y/o NTCGP 1000

#### NORMOGRAMA

- Decreto 1011 de 2006
- Resolución 1043 de 2006
- Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.
- Ley 872 de 2003.
- Resolución 1315(CAD)2006
- Decreto 4485 de 2009
- Decreto 1445 de 2009
- Decreto 1446 de 2009
- Decreto 4225
- Decreto 1011 de 2006
- Resolución 1315 (CAD) de 2006
- Resolución 1566 de 2012
- Decreto 1499 de 2017 MIPG

#### 4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

##### 4.1. RESEÑA HISTÓRICA:

La Empresa Social del Estado Carisma, nació mediante Ordenanza número 43 del 16 de diciembre de 1994, como producto de la transformación del objeto social de la granja taller para enfermos mentales crónicos y recoge desde esa fecha el servicio de farmacodependencia, que desde 1973 se venía prestando en el Hospital Mental de Antioquia.

Somos una institución pública que presta servicios especializados en salud mental, trabajamos en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en relación con la farmacodependencia y conductas adictivas. Además, brindamos asesoría en la formulación de políticas integrales acordes a los lineamientos normativos.

Con una trayectoria de 25 años hemos liderado el tratamiento de conductas adictivas de Antioquia y Colombia, gracias a estándares basados en la evidencia científica, pertinencia, efectividad, calidad y seguridad

## 4.2. MISIÓN

Nuestra misión es brindar servicios especializados en salud mental, con énfasis en la farmacodependencia y conductas adictivas. Comprometidos con la promoción, prevención, asesoría, capacitación e investigación en temas de adicciones, para el mejoramiento de la salud de la población de Antioquia y Colombia, a través de un equipo humano calificado y con vocación de servicio, logrando además sostenibilidad financiera y permanencia en el mercado.

## 4.3. VISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Carisma en el año 2025, será la institución líder en el ámbito local, Departamental y Nacional en salud mental, con énfasis en el manejo de conductas adictivas, reconocida por la atención integral, segura y humanizada de los usuarios y sus familias.

## 4.4. NUESTROS PRINCIPIO

- El desarrollo de Antioquia es compromiso de todos
- Los dineros públicos son sagrados
- Relaciones con la comunidad abierta y clara
- El interés público prevalece sobre lo particular
- Gestión transparente
- Ejemplo como herramienta pedagógica
- Trato digno

## 4.5. VALORES INSTITUCIONALES



HONESTIDAD



COMPROMISO



RECTITUD



RESPECTO



TRANSPARENCIA



JUSTICIA



RESPONSABILIDAD

#### 4.6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- ✓ Prestar servicios especializados en salud mental, con los más altos estándares de calidad.
- ✓ Desarrollar programas de investigación y docencia – asistencia, en el tema de la salud mental y las conductas adictivas.
- ✓ Garantizar la viabilidad financiera de la entidad. Mediante un modelo de gestión gerencial efectivo, la diversificación y mercadeo de los programas, así como la descentralización de los servicios.
- ✓ Fortalecer el proceso de gestión del talento humano, mediante el establecimiento de condiciones para su desarrollo integral, motivación y bienestar.
- ✓ Garantizar el desarrollo tecnológico de la entidad, para el fortalecimiento, seguridad y confiabilidad del sistema de información.

#### 4.7. POLÍTICA DE CALIDAD

La institución está comprometida con el cumplimiento de niveles superiores de calidad, reflejada en el logro de una alta satisfacción de sus clientes y la seguridad de sus pacientes. Para ello ha implementado el sistema de gestión de calidad ligado a los estándares de seguridad del paciente y a la implementación de MIPG-modelo integrado de Planeación y Gestión

#### 4.8. CONTROL DE DOCUMENTOS Y CONTROL DE LOS REGISTROS

La ESE Hospital Carisma se cuenta con un número consecutivo, para el radicado de sus documentos, que se extrae de la tabla de retención documental. Los documentos internos se pueden clasificar como se muestra en la siguiente gráfica:



La responsabilidad de la elaboración o modificación de los documentos del sistema, es de los líderes de los procesos, además es revisado por la Asesora de Desarrollo Organizacional, para dar su aprobación, se



mantienen ejemplares en medio magnético de cada uno de los manuales, guías, instructivos, planes, programas y demás documentos, así como los listados maestros de control de documentos, de la ESE Hospital Carisma.

## 5. MEJORA CONTINUA

Los **CICLOS INSTITUCIONALES DE MEJORAMIENTO**, se inician con el resultado de las auditorías internas, en el gráfico se muestra la escala de calificación usada para las auditorías al Sistema de Gestión de Calidad.

### ESCALA DE CALIFICACION



La ESE Hospital Carisma cuenta con **PLANES DE MEJORAMIENTO DEL RIESGO**, en los cuales también se contemplan acciones preventivas y correctivas, que permiten eliminar las causas de los problemas y apalancar el mejoramiento continuo de los procesos. La responsabilidad de la elaboración o modificación de los documentos del sistema, es de los líderes de los procesos y cualquier colaborador puede sugerir cambios.

### 5.1. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO

- La entidad debe hacer un seguimiento y medir las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio, según las disposiciones planificadas. Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.
- Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la entrega del producto y/o prestación del servicio al cliente.
- La autorización para entregar al cliente el producto o prestar el servicio, no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda por el cliente.

## 6. ETAPAS GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En La ESE Hospital Carisma ella se fija cinco (5) etapas para el diseño, implementación y desarrollo del Sistema, que se pueden sintetizar de la siguiente manera:

### 6.1. PREPARACIÓN DE LA CULTURA

Comprende el conjunto de actividades iniciales, que permiten establecer directrices que faciliten el éxito de la implementación, incluye:

- **Compromiso de la Alta Gerencia:** Sensibilización de la Alta Dirección, sobre la importancia de su permanente participación en el diseño e implementación del Sistema y apoyo en el desarrollo de las actividades.
- **Primeros desarrollos de una cultura de Calidad:** Promoción de la participación de la totalidad de servidores de la Institución en la construcción de dicha cultura, a través de espacios semanales de socialización de las políticas, procesos y procedimientos, difusión de actitudes y comportamientos favorables en los diferentes medios de comunicación y la realización de actividades que partan desde cada uno de los puestos de trabajo, como es la implementación y la filosofía de las 5S.
- **Diagnóstico:** Mecanismo empleado para medir el estado de avance del Sistema y la cultura organizacional, en Calidad.

### 6.2. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORAMIENTO DE PROCESOS

Principal etapa de la orientación del sistema, que parte del establecimiento de una política de calidad, que demuestre el compromiso de la Alta gerencia; comprende:

- **Definición del Mapa de Procesos:** que a su vez establece la secuencia, interacción y caracterización de dichos procesos.
- **Establecimiento de la política y objetivos de calidad:** Como muestra de la responsabilidad y compromiso institucionales con la calidad de los servicios que se brindan a la comunidad.
- **Diseño, estandarización y mejoramiento de procesos:** Pretende identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad, que resulten determinantes de la calidad.

## 7. MEJORAMIENTO CONTINUO

Una vez implementados los procesos y procedimientos, se deben desarrollar acciones de mejoramiento, que permitan cada vez prestar servicios mejorados; tiene como elementos:

- **Establecimiento de Indicadores de Gestión:** Que permitan realizar el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos, sus resultados y la comparación con los estándares establecidos de la calidad esperada de los productos y/o servicios.
- **Ejecución de Auditorías Internas:** Como herramienta de evaluación que evidencie el desempeño del Sistema, conforme la adherencia a lo establecido y documentado y a los resultados, según los hallazgos producto de su práctica.
- **Elaboración de Planes de Mejoramiento:** Herramienta diseñada para definir las oportunidades de mejora y vigilar la implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

## 8. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

Etapa en la que se plantean las acciones de sostenibilidad del Sistema y el apalancamiento del mejoramiento continuo de la calidad, independientemente de un cambio de administración.

## 9. CERTIFICACIÓN

Etapa en la cual una vez cimentada la cultura de calidad y evaluada la madurez del Sistema, la entidad decide de forma voluntaria, acceder a una evaluación externa de un ente legalmente reconocido para el efecto, que efectuará su revisión conforma normas internacionales de calidad.

## 10. ACREDITACIÓN

Acreditación en salud, es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados, que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006, Resolución 1315 de 2006). El cumplimiento de estándares

superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación, han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema, que también estén acreditadas.

## **11. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD MARCO NORMATIVO Y CONCEPTOS**

### **11.1. DECRETO 1011 DE 2006, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA**

"Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención del sector Salud".

Define su campo de aplicación, el cual se circunscribe a las:

- ESE: Empresa Social del Estado
- EPS. Empresas Promotoras de Salud (Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado).
- EAPB. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Establece los atributos de calidad y componentes dentro del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad:

### **11.2. ATRIBUTOS • Accesibilidad • Oportunidad • Seguridad • Pertinencia • Continuidad.**

### **11.3. COMPONENTES SOGCS • Sistema Único de Habilitación (SUH) • Auditoría Para el Mejoramiento continuo en Salud (PAMEC). • Sistema Único de Acreditación (SUA) • Sistema de información para la Calidad.**

### **11.4. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)**

- 11.5. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL:** "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud (Capacidad tecnológica y científica, Suficiencia patrimonial y financiera, Capacidad Técnico Administrativa), para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría, para el mejoramiento de la Calidad de la atención

A continuación se especifican las condiciones de cada uno de los ítems que evalúa el Sistema Único de Habilitación, según los anexos técnicos de dicha resolución.

## 12. RESOLUCIÓN 1315 DE 2006

Instrucciones para realizar la autoevaluación y la verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud – centro de atención en drogadicción (CAD).

Le permite tanto al CAD como a la Entidad Territorial de Salud realizar una evaluación en forma ordenada, sistemática y exhaustiva, y determinar exactamente el incumplimiento de las condiciones establecidas en el presente anexo técnico. Se trata de un instrumento amigable, diseñado para que el evaluador tenga una orientación acerca de cada uno de los requisitos exigidos.

## 13. RESOLUCION 1566 de 2012

Ley 1566 de 2012. A través de la Ley 1566 de 2012, el congreso de la república fijó los lineamientos para garantizar la atención integral a personas que consumen **sustancias psicoactivas** y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a **sustancias**" psicoactivas.

## 14. DECRETO 1499 DE 2017

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG se define en el Artículo 2.2.22.3.2. del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, como un 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.

El Modelo focaliza su atención en las organizaciones y sus servidores públicos, específicamente en las prácticas y procesos que adelantan para transformar insumos en resultados y en generar los impactos, es decir, su foco es tanto la gestión y el desempeño organizacional como la satisfacción de los intereses generales de la sociedad.

Para ello, el Modelo parte de una visión múltiple de la gestión organizacional, que incluye siete (7) dimensiones claves que a su vez agrupan un conjunto de diecisiete (17) políticas de gestión y desempeño Institucional, prácticas, elementos o instrumentos con un propósito común, generales a todo proceso de gestión.

pero adaptables a cualquier entidad pública, y que, puestas en práctica de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG opere.

## 15. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

### 15.1. INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES FÍSICAS Y SU MANTENIMIENTO.

Son áreas o características de ellas, que condicionan procesos críticos asistenciales.

### 15.2. RECURSOS HUMANOS.

Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención.

### 15.3. DOTACIÓN Y SU MANTENIMIENTO.

Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.

## 16. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La alta dirección de la ESE Hospital Carisma, debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante:

**ESTILO DE DIRECCIÓN:** Administración participativa (Encuentros con la Gerencia, reunión con los funcionarios, comité directivo, asociación de usuarios y Participación de la Junta Directiva)

- La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas en la entidad, acerca de la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente, como los legales.
- El establecimiento de la política de la calidad.
- La seguridad de que se establecen los objetivos de la calidad.
- La realización de las revisiones por la dirección.
- El aseguramiento de la disponibilidad de recursos.

**16.1. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SU GESTIÓN.**

Se refiere a la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos.

**16.2. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.**

Se refiere a la existencia de los principales procesos asistenciales, su documentación, guías clínicas internas o definidas por normas legales, acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

**16.3. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS CLÍNICOS**

(Se cuenta con Historia Clínica Digital). Hace referencia al diseño de procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Además que se cuente con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

**16.4. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.**

Es la existencia y disponibilidad de servicios de apoyo, necesarios para el funcionamiento de los servicios prioritarios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos y de manera tercerizada.

**16.5. REFERENCIA DE PACIENTES.**

Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional.

**16.6. SEGUIMIENTO A RIESGOS**

Se refiere a la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan, para proteger a los usuarios.

**17. CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL FINANCIERA**

- Que el patrimonio total se encuentre por encima del 50% del capital social, capital fiscal o aportes sociales.

- Que sus obligaciones mercantiles de más de 30 días, no superen el 50% del pasivo corriente.
- Que sus obligaciones laborales de más de 90 días no superen el 50% del pasivo corriente.
- Que para la inscripción se presenten los estados financieros dictaminados por el Revisor fiscal.

#### **18. CONDICIONES DE LA CAPACIDAD TÉCNICO – ADMINISTRATIVA**

- Cumplimiento de requisitos legales exigidos por las normas vigentes, con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
- Cumplimiento de requisitos administrativos y financieros, que permitan demostrar que la ESE Hospital Carisma, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros, según las normas contables vigentes.

#### **19. ANEXO TÉCNICO N° 2, RESOLUCIÓN 1043 DE 2006, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en el SOGCS, hace énfasis en los procesos prioritarios y centra sus niveles de operación en:

- Autocontrol.
- Auditoría Interna.
- Auditoría Externa (entes externos y compradores de servicios).

En su desarrollo se contemplan tres tipos de acciones:

- Preventivas (previas a la atención).
- De seguimiento (en la prestación de servicios).
- Coyunturales (retrospectivas sobre eventos adversos)

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, hace énfasis en la determinación de la calidad esperada de los procesos y/o servicios, mediante la definición de:

- Criterios.
- Indicadores.
- Estándares.

La evaluación de los procesos y/o servicios, necesita de la ejecución de acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales sobre la concordancia entre los resultados y la calidad esperada.



## 20. ANEXO TECNICO DE LA RESOLUCIÓN 1315 DE 2006

Las fichas de verificación contienen los nombres de los estándares con su respectiva definición al igual que los criterios de evaluación, las casillas de calificación y el modo de verificación. Estas fichas cuentan con 7 columnas, así:

- La primera columna describe los criterios que permiten orientar la verificación del estándar.
- La segunda columna, encabezada por la letra "C", se utiliza cuando el criterio se cumple en su totalidad.
- La tercera columna, encabezada por las letras "NC" se utiliza cuando todo el criterio o parte de él se incumple.
- La cuarta columna, encabezada por las letras "NA" se utiliza cuando el criterio establecido no es aplicable a ese CAD en particular.
- La quinta columna, corresponde a las "Observaciones" que es utilizada por el CAD cuando este realiza su autoevaluación y por la Entidad Territorial de Salud al momento de realizar la visita de verificación, y siempre se debe diligenciar cuando se ha marcado la columna "NC", "NA".
- La última columna, corresponde al "Modo de Verificación" el cual orienta al evaluador de la Entidad Territorial de Salud al momento de la verificación.

Las casillas que aparecen al frente de cada criterio y que corresponden a las columnas "C", "NC", "NA" y se deben diligenciar marcando una X según el caso.

## 21. ACREDITACIÓN

**RESOLUCIÓN 1445 DE 2006, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL:** La acreditación es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las empresas de salud, desarrollan un proceso constante y sistemático de Autoevaluación interna y revisión externa, que les permite detectar oportunidades de mejora y afianzar fortalezas.

El anexo técnico N° 1 de esta resolución, comprende los manuales con estándares de acreditación que son:

- Manual de estándares de acreditación para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
- Manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias.
- Manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorias.

- Manual de estándares de acreditación para los laboratorios clínicos.
- Manual de estándares de acreditación para instituciones que ofrecen los servicios de imagenología.
- Manual de estándares de acreditación para instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación

El anexo técnico N°2 para instituciones prestadoras de servicios de salud Hospitalarias, comprende grupos de estándares que son:

- Estándar de direccionamiento
- Estándar de gerencia.
- Gerencia del recurso humano.
- Estándar de gerencia del ambiente físico.
- Gerencia de sistemas de información.
- Estándar del proceso de atención al cliente asistencial, este último incluye los estándares hospitalarios y ambulatorios.

Los estándares están dirigidos a los procesos, no constituyen una lista de chequeo para la institución, ya que hace referencia a cada uno de los procesos y cuáles son los soportes que logran demostrar el mejoramiento continuo de estos procesos. Así mismo, es de anotar que los estándares son conocidos de antemano, por la organización, ya que ella misma se autoevalúa.

## 22. RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Define el sistema de información para la calidad y adopta los indicadores para monitoreo del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud. Establece condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

- Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.



- Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios, 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.
- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad, que permitan materializar los incentivos de prestigio del sistema.

### 23. DECRETO 4295 DE 2007, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. Sistema de gestión de calidad, en su artículo primero establece:

Artículo 1º, Norma técnica de calidad para el sistema general de seguridad social en salud.

Fijar como norma técnica de calidad para las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud y definidas a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

Establece que para cumplir con la normatividad estipulada en la Ley 872 y la Norma NTCGP 1000:2009, las IPS públicas deben tener un desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad que permita:

- Cumplimiento en su totalidad de las condiciones de habilitación.
- Implementación de manera obligatoria del ciclo de preparación para acreditación.

La ESE Hospital Carisma participó en el proceso de acreditación en el año 2008, donde se le otorgó una acreditación condicionada, luego solicitó la autoevaluación de estándares de acreditación en el mes de junio de

2009. Y le fue negada la acreditación. En la actualidad la institución se encuentra adelantando procesos de gestión de la calidad con implementación y actualización de guías clínicas, procesos, manuales etc.



## 24. DESARROLLOS INTERNOS REFERENTES AL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

### 24.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

- **Acuerdos, compromisos y protocolos éticos:** Código de ética y buen gobierno.
- **Desarrollo del talento humano:** Planes de capacitación, bienestar, salud ocupacional y emergencias, evaluaciones de desempeño y de actividades y competencias, procesos de re inducción, inducción general e inducción en el puesto de trabajo.
- **Estilo de dirección:** Administración participativa (Encuentros con la Gerencia, reunión con los funcionarios, comité directivo, asociación de usuarios).



- Participación de la Junta Directiva.

## 25. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- **Planes y programas:** Plan de Gestión institucional 2016-2019, Plan operativo Anual 2019-2020
- **Modelo de operación por procesos:** Mapa de procesos, esquemas de caracterización de los procesos institucionales, Estructura orgánica, Manual de funciones requisitos y competencias, Manual de contratación.

## 26. DESARROLLOS INTERNOS REFERENTES AL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

### 26.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

- **Políticas de operación:** Documento de políticas institucionales para los procesos misionales, de apoyo y de dirección.
- **Procedimientos, controles y manual de procedimientos y demás documentos:** Manual de procesos, guías clínicas, instructivos de enfermería, modelos, instructivos, políticas, formatos, planes, y protocolos de manejo para la parte asistencial.

- **Indicadores:** Indicadores de resultado para seguimiento del Plan de Gestión Institucional, indicadores de proceso del Plan Operativo Anual POA, indicadores de calidad (oportunidad, acceso, pertinencia, etc.)
- **Información primaria:** Actas de las reuniones realizadas por los diferentes comités, registro fotográfico de actividades, encuestas realizadas para diferentes fines, el sistema de información.
- **Información secundaria:** Registros de atención, registros de facturación, registro de actividades realizadas, estadísticas de atención, análisis de indicadores por procesos, estados financieros e informes de gestión, información de los medios de comunicación interna, página web.

## 27. SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

- Sistema de información Xenco: Agrupará la información desde la parte asistencial y financiera.
- SAIA: Software de Administración documental por medio del cual se gestiona todos los documentos institucionales.
- La conectividad a través de redes inalámbricas y alámbricas.

## 28. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA

### 28.1. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN A NIVEL INTERNO:

#### 28.1.1. Personal de la empresa:

- Realización del informativo "Carisma al día", el cual se emite en promedio cada 15 días. La información se ubica en cartelera y correo electrónico.
- Elaboración de avisos para carteleras y actualización quincenal, dependiendo de la información.
- Realización de campañas internas de tipo informativo y educativo tendientes a promover la adopción de actitudes y comportamientos favorables en torno a temas específicos.
- Envío por correo electrónico de los boletines de prensa que se envían a medios de comunicación.
- Asesoría en la elaboración de circulares dirigidas a todo el personal.

#### 28.1.2. Junta directiva:

- Participación en la portada de los informes de gestión.
- Envío del boletín interno.

## 28.2. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN A NIVEL EXTERNO.

### 28.2.1. Usuarios de la institución:

- Carteleras de carácter externo ubicadas en las dos sedes de la institución.
- Apoyo en la organización del Día de la Familia Carisma cada año. Esta actividad, es un espacio que se aprovecha para recordar servicios y actividades de la institución.
- Apoyo en la organización del Bazar de Derechos y Deberes para los usuarios y sus familias. Elaboración de distintivos, avisos informativos, entre otros.
- Organización de las ceremonias de graduación de los pacientes que realizan talleres ocupacionales, en las cuales participa el usuario y su familia y en donde se resaltan la actividades que realiza la institución en la etapa de reinserción socio laboral.

### 28.2.2. Medios De Comunicación y público en general

- Contacto y acompañamiento medios de comunicación. Meta plan operativo al año.
- Difusión plataforma estratégica, servicios y noticias de la institución en la página web: [www.esecarisma.gov.co](http://www.esecarisma.gov.co) Actualización a necesidad.
- Difusión de la institución en Facebook. Perfil creado y atención del chat 24 horas.
- Elaboración y ejecución plan de medios de la institución, que incluye divulgación en radio, televisión y publicidad BTL (vallas en puntos estratégicos).
- Volantes con información sobre las dos sedes de la institución.
- Plegable informativo sobre programa de metadona.
- Proveedores
- Apoyo en la elaboración de comunicaciones dirigidas a los proveedores de la institución.

## 29. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

### 29.1. Contexto estratégico

Diagnóstico local con participación comunitaria, Análisis DOFA como diagnóstico del Plan de Gestión Institucional, Análisis del mercado

Con relación específica a la gestión del riesgo, encontramos:

- Metodología estandarizada.
- Identificación.
- Análisis.

- Valoración.
- Política de gestión de riesgos.
- Política de seguridad del paciente.

### **30. DESARROLLOS INTERNOS REFERENTES AL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN**

#### **30.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN**

**30.1.1. Autoevaluación del control:** Evaluaciones de operatividad de los procesos y procedimientos y de efectividad de los controles a ellos ligados.

**30.1.2. Autoevaluación de la gestión:** Política de sustentación de la gestión ante Junta Directiva y comités, Procedimiento de sustentación de la gestión, Seguimiento mensual de indicadores de gestión, Evaluación trimestral del POA, Evaluación semestral del plan de Gestión Institucional, Informes de gestión, Evaluaciones de procesos en los comités, Autoevaluación periódica de cumplimiento de estándares de habilitación, Auto diagnósticos de implementación del MIPG

### **31. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE**

#### **31.1. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

Diseño y seguimiento de MIPG, a través del plan de implementación en el comité de control interno, evaluación semestral del sistema de control interno y Gestión y desempeño institucional.

#### **31.2. AUDITORÍA INTERNA**

Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, con integración de los procesos de auditoría administrativos, asistenciales. Evaluaciones de adherencia a procesos y procedimientos en general, evaluaciones de adherencia a guías, protocolos e instructivos, auditorías de historias clínicas, auditorías de procesos asistenciales, administrativos y financieros.

### **32. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

#### **32.1. PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL**



Ciclo de mejoramiento institucional, Plan de implementación y desarrollo de MIPG, Planes de Mejoramiento de los estándares de acreditación (para cada uno de los 9 grupos de estándares).

### 32.2. PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

Generalmente producto de:

- Auditorías de la Control interno y externo (Contraloría General de Antioquia, Contraloría General de la Nación, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretaría de Salud de Medellín, Super Intendencia Nacional de Salud.
- Revisoria Fiscal
- Diferentes pagadores
- Auditorías Internas de Calidad y Control Interno
- Seguimiento a indicadores y el análisis causal, dentro del ciclo de mejoramiento institucional.

### 32.3. PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Planes de mejoramiento de los funcionarios, producto de auditorías, peticiones, evaluaciones de desempeño y el desarrollo de sus funciones y competencias.

## 33. AVANCES NORMOGRAMA

Compilación de normas aplicables, estructura del Normograma por procesos, de acuerdo con las caracterizaciones de los mismos.

El sistema de gestión de la calidad y el Modelo de planeación y gestión MIPG, integran todos los aspectos de la organización, ya que la calidad y el control deben estar presentes en todas las áreas, procesos y actividades.

## 34. ELEMENTOS COMUNES ENTRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y DE CONTROL INTERNO

- NTCGP 1000: 2009. Contiene 242 requisitos normativos, 8 capítulos (3 generales y 5 específicos, son los mismos de la ISO 9001:2000).
- MECI 1000: 2005. Contiene 3 Subsistemas, 9 componentes y 29 elementos.
- MIPG :Modelo de Planeación y Gestión integración administrativa y misional

Enfocan su estructura bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)

### 35. FILOSOFÍA MIPG Y SOGCS

- Orientación de la empresa (entidad o institución) al cliente (usuario, Pagador, entes externos, comunidad).
- Estrategia de Gestión organizacional de Mejoramiento Continuo.
- Orientación a resultados, cumplimiento de la Misión y los objetivos empresariales.
- Hechos y datos como base de medición de la gestión Indicadores de Gestión.
- Autoevaluaciones y Auditorías Internas y Externas, como soporte para las Acciones de mejoramiento al SOGCS.
- Búsqueda de la transparencia, la excelencia y el desarrollo de las mejores prácticas empresariales.
- Autocontrol como cultura de calidad.

### 36. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Acción Correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Adquisición de bienes y servicios:** Cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la misión de la entidad.
- **Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.
- **Ambiente de trabajo:** Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- **Auditoría Interna:** 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 la auditoría interna.
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **CAD :** Centro de Atención a Drogodependencia.
- **Capacidad de una entidad:** Aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple los requisitos para ese producto o servicio.
- **Cliente:** Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
- **Competencia:** Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- **Control de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Diseño y desarrollo:** Conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.
- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Efectividad:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Enfoque basado en los procesos:** Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en los procesos".
- **Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.
- **Gestión documental:** Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
- **Infraestructura:** Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.
- **Manual de procesos y procedimientos:** Documento que tiene por objeto definir y unificar la aplicación de los procesos, subprocesos, actividades, protocolos y procedimientos que se llevan a cabo en la entidad.
- **Manual de la calidad:** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.
- **MIPG: Modelo de Planeación y Gestión**
- **Mejora continua:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Misión de una entidad:** Se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **NTCGP 1000:2004:** Norma Técnica. De Calidad en la Gestión Pública
- **Objetivo de la calidad:** Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Planificación de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.
- **Política de la calidad de una entidad:** Intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **PAMEC:** Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Producto o servicio:** Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
- **Proveedor:** Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.
- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Responsabilidad:** Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
- **Riesgo:** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
- **Satisfacción del cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Sistema:** Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.
- **SUH:** Sistema Único De Habilitación
- **SUA:** Sistema Único de Acreditación
- **Sistema de gestión de la calidad para entidades:** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
- **Trazabilidad:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
- **Validación:** Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
- **Verificación:** Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

### 37. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

El Manual de Calidad será revisado anualmente por la Dirección y/o el representante de la Dirección. Será actualizado de acuerdo con el Procedimiento de Control de Documentos y con el Instructivo de la Norma Fundamental.

### 38. ANEXOS

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL MAPA DE PROCESOS ESE HOSPITAL CARISMA

MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE DIRECCIONAMIENTO

MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO

MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MISIONALES

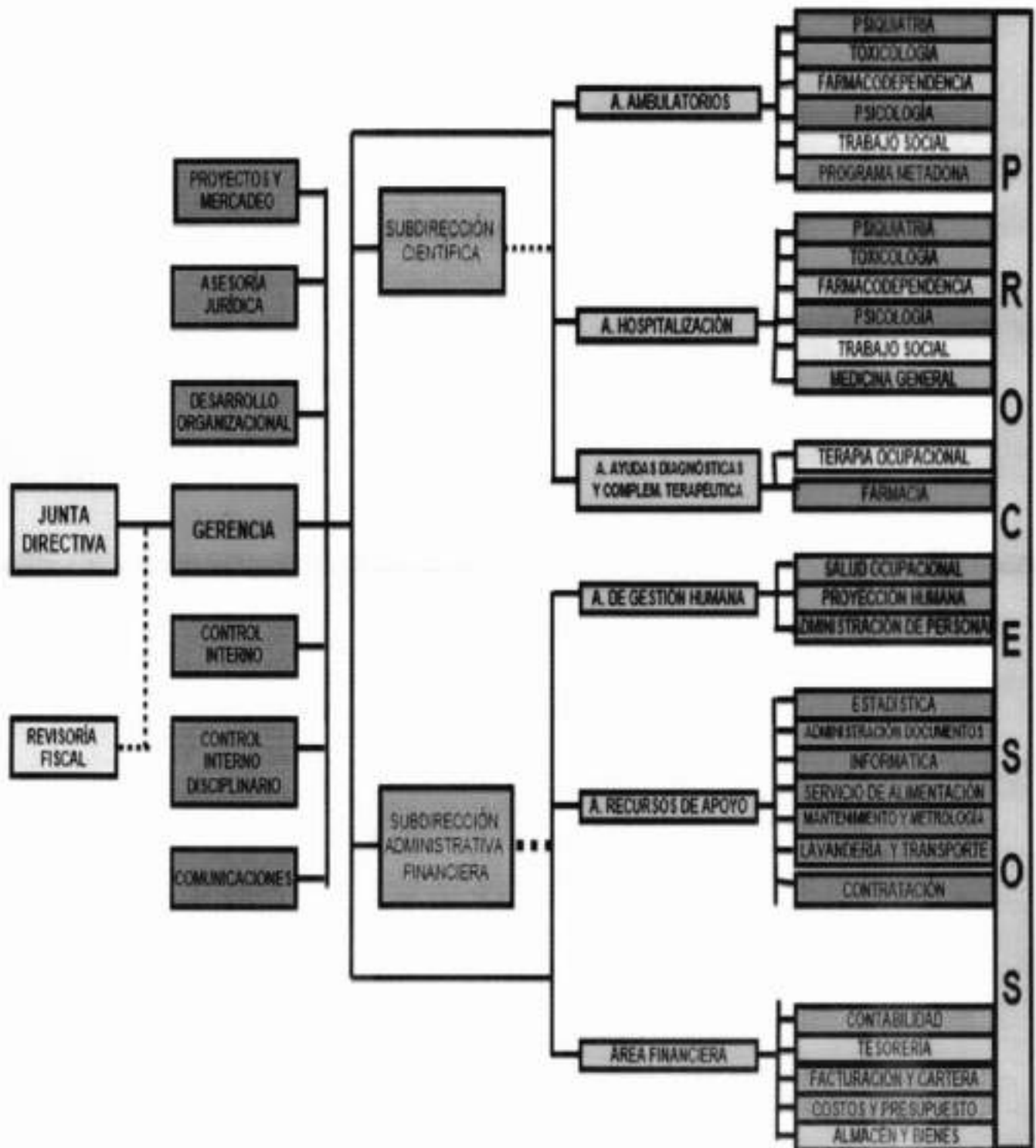
- Proceso Planeación y calidad
- Proceso Jurídica
- Proceso Comunicaciones.
- Proceso Control Interno Disciplinario
- Proceso Control Interno
- Proceso Recursos Financieros
- Proceso Gestión del Talento Humano.
- Proceso Recursos Físicos y apoyo
- Proceso Atención en Consulta Externa.
- Proceso Atención en Hospitalización
- Proceso Atención al Usuario.
- Proceso Farmacia
- Proceso Programas y Mercadeo

PROCESOS: 13

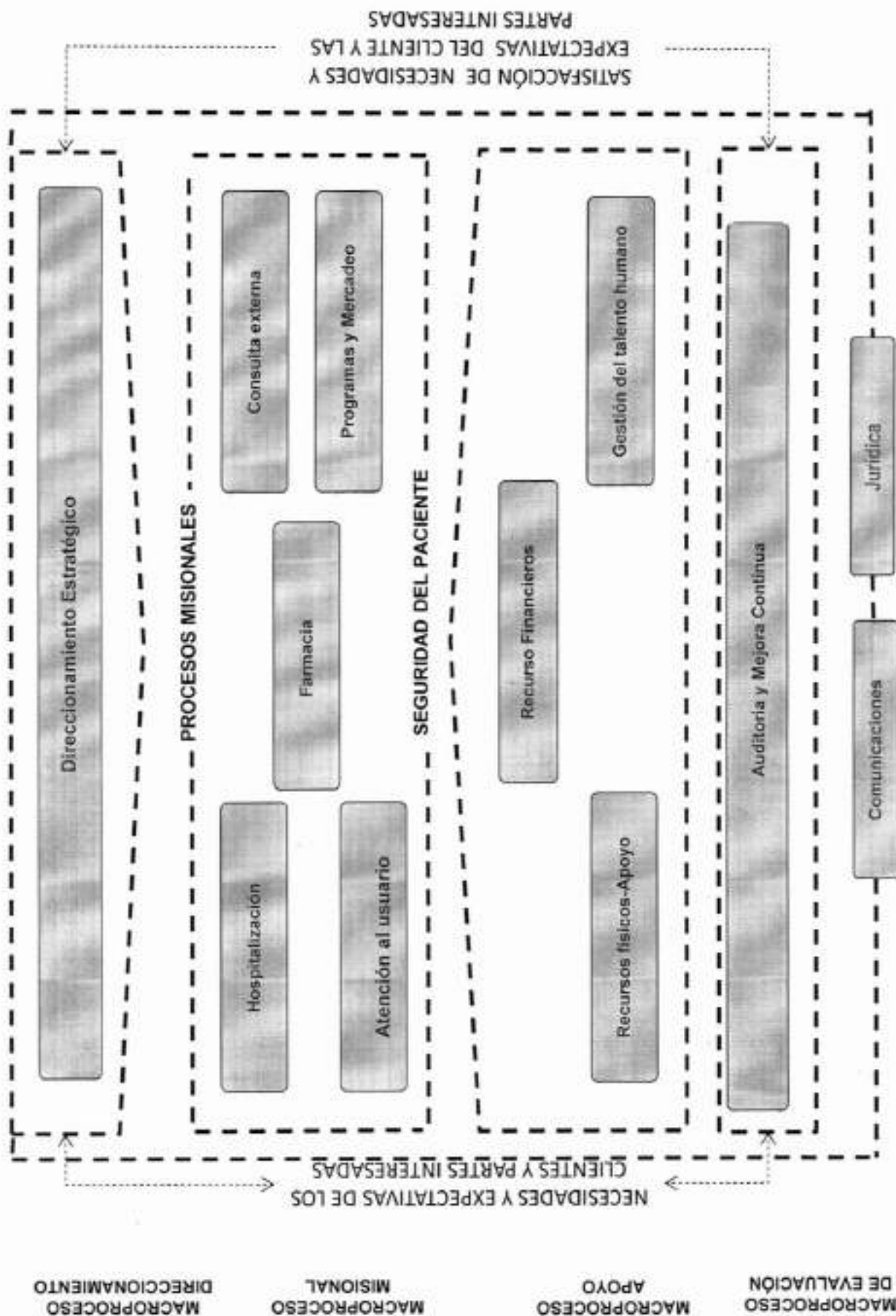
PROCEDIMIENTO0: 60

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

# Organigrama ESE Hospital Carisma



# MAPA DE PROCESOS ESE HOSPITAL CARISMA



## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DIRECCIONAMIENTO

PLANEACIÓN Y CALIDAD	JURÍDICA	COMUNICACIONES	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CONTROL INTERNO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación planes operativos</li> <li>✓ Evaluación plan de gestión gerente</li> <li>✓ Riesgo por proceso</li> <li>✓ Direccionamiento estratégico</li> <li>✓ Auditorias internas de seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tutelas</li> <li>✓ Defensa jurídica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comunicaciones</li> <li>✓ Rendición de cuentas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procedimiento ordinario</li> <li>✓ Procedimiento verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Auditoria Interna</li> </ul>

**5**

**2**

**2**






**2**

**1**

**PROCESOS: 5**  
**PROCEDIMIENTOS: 12**







## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO

RECURSOS FINANCIEROS	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	RECURSOS FÍSICOS APOYO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Respuesta a glosas</li> <li>✓ Cartera</li> <li>✓ Contabilidad</li> <li>✓ Causación contable</li> <li>✓ Facturación</li> <li>✓ Formulación presupuestal</li> <li>✓ Ejecución presupuestal</li> <li>✓ Tesorería</li> <li>✓ Baja bienes muebles e inmuebles</li> <li>✓ Inventario</li> <li>✓ Compras y servicios</li> <li>✓ Administración activos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incorporación</li> <li>✓ Compensación</li> <li>✓ Inducción-Re inducción</li> <li>✓ Capacitación</li> <li>✓ Bienestar Social</li> <li>✓ Desvinculación</li> <li>✓ SST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestión seguros</li> <li>✓ Plan anual adquisiciones</li> <li>✓ Lavandería</li> <li>✓ Mantenimiento de instalaciones</li> </ul>	<p><b>GESTIÓN DOCUMENTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planeación documental</li> <li>✓ Producción, gestión y trámite</li> <li>✓ Transferencia documental</li> <li>✓ Preservación a largo plazo</li> <li>✓ Organización archivo</li> <li>✓ Elaboración TRD</li> <li>✓ Disposición final de documentos</li> </ul>	<p><b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestión de la seguridad</li> <li>✓ Copias de seguridad</li> <li>✓ Administración de hardware y software</li> <li>✓ Soporte informático</li> <li>✓ Implementación de nuevas tecnologías</li> </ul>
				
<p><b>JURÍDICA</b> Transversal</p>				

**PROCESOS: 3**  
**PROCEDIMIENTOS: 35**

## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MISIONALES

CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	ATENCIÓN AL USUARIO	FARMACIA	PROGRAMAS Y MERCADEO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Asignación de citas consulta externa y Seguimiento-grupos apoyo</li> <li>✓ Atención en consulta externa y grupos terapéuticos ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención Hospitalización</li> </ul> <p><b>INSTRUCTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión</li> <li>-Atención H- total</li> <li>-Enfermería</li> <li>-Seguimiento a pacientes durante la atención</li> <li>-Egreso de pacientes</li> <li>-Remisión de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención integral al usuario y sus familias</li> </ul> <p><b>INSTRUCTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomento de la participación comunitaria</li> <li>- Información en Salud</li> <li>- Escucha Activa</li> <li>- Evaluación de Satisfacción al Usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Selección de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Adquisición de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Recepción Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Distribución de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Dispensación de medicamentos y programa de metadona</li> <li>✓ Farmacovigilancia y tecno vigilancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diseño y Elaboración de propuesta</li> <li>✓ Ejecución</li> </ul>
				
<p><b>PROCESOS: 5</b> <b>PROCEDIMIENTOS: 13</b></p>				



GESTIÓN DE  
**DIRECCIÓN**

## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DIRECCIONAMIENTO

PLANEACIÓN Y CALIDAD	JURÍDICA	COMUNICACIONES	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CONTROL INTERNO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación planes operativos</li> <li>✓ Evaluación plan de gestión gerente</li> <li>✓ Riesgo por proceso</li> <li>✓ Direccionamiento estratégico</li> <li>✓ Auditorias internas de seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tutelas</li> <li>✓ Defensa jurídica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comunicaciones</li> <li>✓ Rendición de cuentas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procedimiento ordinario</li> <li>✓ Procedimiento verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Auditoria Interna</li> </ul>

**5**

**2**

**2**

**2**

**1**

**PROCESOS: 5**  
**PROCEDIMIENTOS: 12**



**CARACTERIZACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

Código: GD-C-CAR:05

Versión:01

Fecha actualización:12/04/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Formular lineamientos, metodología y estrategias para ESE Hospital Carisma que permitan contar con instrumentos adecuados para la planeación, seguimiento y control de los procesos institucionales, en virtud de la misión y funciones encomendadas

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en farmacodependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital

**ALCANCE**

El proceso de Direccionamiento Estratégico comprende las actividades relacionadas con la formulación del plan estratégico, establecimiento de todas las necesidades de recursos y la definición de procesos que contribuyan al logro de las metas institucionales. Incluye la generación, el diseño, e implementación de instrumentos de planeación, seguimiento y control, así como el establecimiento de mejoras producto del análisis del comportamiento del sistema Integrado de Gestión de la ESE Hospital Carisma.

**LIDER DEL PROCESO**

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Asesor Desarrollo Organizacional

Desarrollo organizacional y líderes de los procesos

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
Desarrollo organizacional		Plan Estratégico de la Institución	p	Documentar e implementar SGC	Asesora Desarrollo Organizacional	Política de planeación institucional	Políticas institucionales	
Líderes de proceso		Modelo integrado de gestión y desempeño MIPG		Identificar riesgos		Decisiones y acciones relacionadas con la mejora del servicio		
Organismos de control facultados		Lineamientos y directrices del SGC		Definir Política de planeación institucional				
Ministerio de salud		Normas constitucionales y legales vigentes						

Comité interinstitucional de control interno- Gerencia Gestión y desempeño decreto 1499 de 2017	Medición, análisis y mejora de los procesos	H	-Identificación de riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales -Generar plan de acción institucional -Definir los procesos de la entidad -formular plan anticorrupción ya tención al ciudadano -evidenciar la ejecución de todos los procesos Establecer controles para gestionar	- Asesora Desarrollo Organizacional  Todos los procesos	Matriz de riesgos	Todos los líderes de procesos
Necesidades planteadas	seguimiento	V	Auditorias Planes de acción Planes de mejora Desempeño de procesos Mapa de riesgos	Asesora Desarrollo Organizacional	Resultados de planes institucionales	Todos los líderes de procesos
Evolución y control	Decisiones y acciones relacionadas con la mejora continua, la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema integrado de gestión	A	Mejora del sistema integrado de gestión Revisión por la Dirección Analizar causas y tomar acciones Establecer acciones de los resultados de las auditorias internas	Asesora Desarrollo Organizacional Todos Los procesos de Gestión		Todos Los procesos Desarrollo organizacional
<b>RECURSOS</b>						
<b>HUMANOS</b>		<b>TECNOLOGICOS</b>			<b>INFRAESTRUCTURA</b>	
Representante legal, Comité de gestión y Desempeño Institucional, líderes de procesos, funcionarios de todos los procesos		Equipos de cómputo. Redes de cómputo y comunicación, red interna, Internet y sistemas de información y documentos			Instalaciones locativas	

CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO		
<p>¿Que controla?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cumplimiento del cronograma de actividades para la formulación del plan de gestión</li> <li>-Manual de Calidad y Operación del SGC</li> <li>- Seguimiento a los Indicadores</li> <li>- La gestión del riesgo</li> <li>- Plan de mejoramiento de revisión por la dirección</li> <li>-Ejecución de planes</li> </ul>	<p>¿Cómo lo controla?</p> <p>Verificando el cumplimiento de las actividades contenidas en el cronograma de formulación del plan</p> <p>Revisando y Actualizando el Manual de Calidad y Operación del SGC, de acuerdo a las necesidades normativas y de la Entidad</p> <p>Realizando Seguimiento periódico a los indicadores de Gestión del proceso</p> <p>Verificando el seguimiento y control de los riesgos del proceso</p> <p>Verificando la implementación de acciones de mejoramiento al Proceso</p>	<p>¿Quién lo controla?</p> <p>Asesora Desarrollo Organizacional</p>
<p>La ejecución del plan anual de auditoria y informes de ley del sistema de control interno de la vigencia</p>	<p>En la verificación mensual de cumplimiento a la programación de auditorias internas igualmente a los informes de ley que se deban presentar en los tiempos establecidos por ley</p>	<p>Asesor de control interno</p>

#### REQUISITOS

Constitución Política. Ley 872 de 2003. "Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios". Decreto 1599 de 2005 Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Ley 152 de 1994. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Ley 1473 de 2011. Por medio de la cual se establece una regla fiscal y se dictan otras disposiciones. Decreto ley 111 de 1996. Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto NTCGP1000 ISO 9001, MECI 1000, Decreto 1499 de 2017, MIPG

#### INFORMACIÓN DOCUMENTADA

- ✓ Evaluación de los planes operativos institucionales, Evaluación plan de gestión gerente, Riesgo por proceso, Direccionamiento estratégico, Auditorias internas de seguimiento

#### INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADOR	FORMULA	META	FRECUENCIA
Sistema para el monitoreo implementado para el seguimiento al Plan de gestión, POA, planes de mejoramiento.	Sistema de monitoreo implementado para el plan de gestión / Sistema Programado x100	1	semestral
Seguimiento y control de los riesgos	Seguimiento y control de los riesgos	10%	semestral
Cumplimiento de Compromisos de la Revisión por la Dirección	N° de compromisos cumplidos/N° de Compromisos suscritos x 100	100%	anual

**Objetivo:** Verificar el cumplimiento de las acciones programadas y planeadas para el año por las diferentes áreas de gestión, con el fin de ejecutar el plan de Gestión institucional.

**Alcance:** Este procedimiento inicia con la elaboración de los planes operativos y termina con la evaluación final de los mismos.

**Responsable:** Asesora Desarrollo Organizacional

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Gestión institucional</li> <li>Planes operativos por áreas elaborados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad Vigente</li> <li>Equipo de cómputo,</li> <li>Material de oficina</li> </ul>

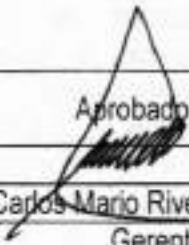
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad externa vigente</li> <li>Normatividad interna como políticas, manuales y procesos</li> <li>Soporte de ejecución</li> <li>Entre otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de ejecución</li> <li>Cumplimiento de los planes operativos.</li> </ul>

Nº	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLES	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaboración de los planes operativos por áreas de gestión, en donde se indique actividad, meta, cronograma de ejecución, peso porcentual de cada actividad, acciones de mejora y soportes, según formato establecido	Áreas de gestión	Formato de plan operativo diligenciado
2	Envío de los planes operativos a la oficina de Desarrollo Organizacional a través del correo <a href="mailto:droganizacional@esecarisma.gov.co">droganizacional@esecarisma.gov.co</a>	subdirectores	Evidencia envío de correo
3	Revisión y aprobación de los planes operativos	Comité Directivo posterior por la junta	acta
4	Presentación de los planes operativos anuales ante la Junta Directiva de la ESE para su aprobación.	Gerente- Asesora Desarrollo Organizacional	Acta de reunión
5	Verificación de cumplimiento por medio de auditoría interna de forma trimestral	Asesora Desarrollo organizacional	Formato de evaluación
6	Elaboración de informe consolidado trimestral, envío a la gerencia para su	Asesora Desarrollo organizacional	Informe- presentación power point



N°	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLES	DOCUMENTO/ REGISTRO
	conocimiento y presentación a junta directiva.		
7	Elaboración de informe final y ponderación del porcentaje final de cumplimiento y envió a la gerencia y junta directiva para su conocimiento y fines pertinentes.	Asesora Desarrollo organizacional	Informe

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	Sandra Lara A.	Sandra Lara A.	
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Verificar el cumplimiento de las acciones programadas y planeadas para el año, por el gerente, con el fin de dar cumplimiento a la Ley 1438 de 2011 y la resolución 408 de 2018 donde se define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los gerentes de las ESE del orden territorial.

**Alcance:** Este procedimiento inicia con la elaboración del plan de Gestión y termina con la evaluación final del mismo.

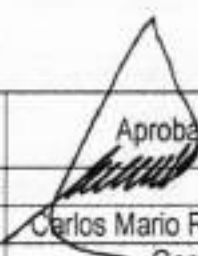
**Responsable:** Gerencia, Equipo Directivo

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de gestión gerencial elaborado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad Vigente</li> <li>Equipo de cómputo.</li> <li>Material de oficina</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad externa vigente</li> <li>Normatividad interna como políticas, manuales procesos.</li> <li>Soportes de ejecución</li> <li>Entre otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de ejecución</li> <li>Cumplimiento del plan del gestión.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Implementar la matriz de calificación propuesta desde el ministerio de la protección y seguir paso a paso cada ítem	Asesora Desarrollo Organizacional	Matriz de Calificación-evidencias
2	Elaboración del plan de gestión del gerente, en donde se indique indicador y línea base, según instructivo ministerio y matriz de calificación.	Gerente - Asesora Desarrollo Organizacional	Matriz diligenciada-evidencias
3	Presentación del plan de gestión gerencial ante la Junta Directiva de la ESE para su aprobación.	Gerente- Asesora Desarrollo Organizacional	Acta de reunión
4	Verificación de cumplimiento de las acciones propuestas, de conformidad con la matriz de calificación establecida.	Subdirectores de áreas de gestión	Formato de evaluación
5	Elaboración de informe de resultados anuales y validación del mismo con todos los miembros de la Junta Directiva.	Asesora Desarrollo Organizacional	Informe

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
6	Presentación de informe de resultado anual ante la Junta Directiva de la ESE Hospital Carisma para su aprobación.	Asesora Desarrollo Organizacional	Acta de reunión y Acuerdo de Junta Directiva
7	Envío del acuerdo firmado a la SSS YPSA, publicación en la web de la entidad. El tiempo limite de entrega 1 de abril de cada año.	Asesora Desarrollo Organizacional	Acta de reunión y Acuerdo de Junta Directiva

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	<i>Sandra Lara A</i>	<i>Sandra Lara A</i>	
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

## TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	2
2. ALCANCE.....	2
3. RESPONSABLE DEL DOCUMENTO.....	2
3.1. Jefe del proceso.....	2
3.2. Calidad.....	Error! Marcador no definido.
3.3. Operadores.....	Error! Marcador no definido.
4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.....	3
5. CONDICIONES GENERALES.....	5
Factores de riesgo (interno y externo).....	5
Criterios para clasificar los riesgos y oportunidades.....	6
Matriz de calificación de riesgos y oportunidades.....	8
Aplicación de disposiciones en la planificación de cambio.....	9
Aplicación de disposiciones en la planificación de cambios desde la norma ISO 9001: 2015.....	
Entrenamiento.....	10
Criterios generales para definir el tratamiento a riesgos y aprovechamiento de oportunidades.....	10
Criterios para revisar el mapa de riesgos y oportunidades.....	11
6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....	12
7. CONTROL DE REGISTROS.....	15
8. REGISTROS.....	15
9. ANEXOS.....	15
Bibliografía.....	16

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Determinación del Impacto.....	7
Tabla 2. Significado de los diferentes niveles de probabilidad.....	8
Tabla 3. Nivel de riesgo.....	8
Tabla 4. Aceptabilidad del Riesgo.....	8
Tabla 5. Descripción de Actividades.....	12

## 1. OBJETIVOS

- Brindar las herramientas para la identificación, valoración y control de los riesgos y oportunidades para el sistema de gestión de calidad de la organización
- Lograr de forma eficiente los objetivos y metas del SGC de la Entidad.
- Fortalecer el diseño e implementación de estrategias que permitan el tratamiento de los riesgos y aprovechamiento de oportunidades dentro del SGC de la Entidad.

## 2. ALCANCE

- Aplicará para la identificación, análisis y evaluación de riesgos y oportunidades del sistema de gestión de calidad de la Entidad...

## 3. RESPONSABLE DEL DOCUMENTO.

- Líder de cada de proceso
- Asesora Desarrollo Organizacional
- Funcionarios que se articulan en los procedimientos

### 3.1. Líder de proceso

**Cuyas funciones se orientan a:**

- Asegurar la implementación, seguimiento, actualización y evaluación de los controles establecidos en este procedimiento para la identificación de riesgos y valoración de las oportunidades en la calidad del servicio.
- Solicitar a los responsables de la elaboración del producto la identificación y evaluación de riesgos, teniendo en cuenta los cambios en la elaboración del producto.
- Asegurar el control de riesgos que se clasifiquen como más altos, disminuyendo la posibilidad de falta de calidad del producto generándolo en no conforme.

- Promover y apoyar para que el personal participe en la identificación y evaluación de los riesgos, al igual en la implementación de planes de acción

### 3.2. Asesora Desarrollo organizacional

Cuyas funciones se orientan a:

- Verificación del cumplimiento de los procesos, de acuerdo a la identificación de riesgos y oportunidades de mejora.
- Elaboración del informe de desviaciones del producto de acuerdo a la verificación realizada al proceso.

### 3.3. Funcionarios que se articulan en los procedimientos

Cuyas funciones se orientan a:

- Participar en la identificación y evaluación inicial de los riesgos de las actividades, para los servicios que (describen).
- Reportar los riesgos que se deriven de los procesos o actividades.

## 4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

- **ACTIVIDAD:** Acción básica necesaria dentro de un proceso.
- **ANÁLISIS DE RIESGO:** proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de riesgo.
- **CONSECUENCIA:** Los resultados más probables y esperados del riesgo que se evalúa, incluyendo los daños a los materiales.

- **CONTEXTO EXTERNO:** Ambiente externo en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Puede incluir el ambiente cultural, social, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural, competitivo, bien sea internacional, nacional, regional o local. Impulsadores clave y tendencias, relaciones con las partes involucradas.
- **CONTEXTO INTERNO:** Ambiente interno en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Puede incluir gobierno, estructura organizacional, políticas, objetivos y estrategias implementadas para lograrlo, las capacidades entendidas en términos de recursos y conocimiento, sistemas de información y procesos para la toma de decisiones, relación con las partes involucradas internas, cultura organizacional.
- **CONTROL:** Medida que modifica al riesgo.
- **EVALUACION DEL RIESGO:** Proceso de comparación de los resultados del análisis de riesgos con los criterios del riesgo, para determinar si el riesgo, su magnitud o ambos son aceptables o intolerables.
- **EVENTO:** Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias
- **FACTOR DE RIESGO:** Elemento que encierra una capacidad potencial de producir daños materiales o al producto.
- **FUENTE DE RIESGO:** Elemento que solo o en combinación tiene el potencial intrínseco de originar un riesgo.
- **GESTION DEL RIESGO:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo.
- **IDENTIFICACION DEL RIESGO:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo.
- **NIVEL DE RIESGO:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos, expresada en términos de la combinación de las consecuencias y su probabilidad.
- **PARTE INVOLUCRADA:** Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o una actividad.

- **PROBABILIDAD:** Oportunidad de que algo suceda.
- **RIESGO:** Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.
- **TRATAMIENTO DEL RIESGO:** Proceso para modificar el riesgo.
- **VALORACION DEL RIESGO:** Proceso global de identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

## 5. CONDICIONES GENERALES

### Factores de riesgo (Interno y externo)

#### 5.1. Generalidades

Describa el contexto de su organización que permita identificar los factores externos e internos que puedan generar riesgo impactando positiva o negativamente en la consecución de los objetivos del sistema de gestión de calidad

#### 5.2. Establecer contexto externo

Defina el contexto externo en el cual se desarrolla la organización y que le permite alcanzar sus objetivos. El contexto externo puede incluir: Ambiente social y cultural, requisitos legales, financieros, tecnológicos, económicos, etc. A nivel nacional e internacional.

#### 5.3. Definir partes interesadas clave

#### 5.4. Establecer contexto interno

Defina cuál es el ambiente interno en el que se mueve la organización para alcanzar sus objetivos. Tenga en cuenta su cultura organizacional, los procesos, el direccionamiento estratégico,



políticas, normas, etc. Todo lo que se considere sea pertinente que pueda tener influencia en la generación de riesgos

### **Criterios para clasificar los riesgos y oportunidades**

Establezca los criterios que se van a utilizar para la evaluación de los riesgos, tenga en cuenta requisitos legales, reglamentarios, o de otra índole que puedan afectar el proceso de la organización.

**Para definir los criterios del riesgo los factores que se deben considerar son:**

1. Identifique el evento en que se puede presentar el riesgo
2. Determine sus causas
3. La fuente de procedencia del riesgo
4. Determine sus posibles consecuencias
5. Establezca como se va a definir su probabilidad
6. Como se va a determinar el impacto y su nivel de riesgo
7. Determine las escalas de evaluación del impacto de la probabilidad de ocurrencia del evento
8. Valoración del riesgo incluye la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
  - 8.1. Identificación del riesgo: Genere una lista detallada de los riesgos teniendo en cuenta aquellos eventos que pueden aumentar, impactar el logro de los objetivos de calidad de su proceso.
  - 8.2. Análisis del riesgo involucra el desarrollo y la comprensión del riesgo, siendo el punto de partida para la evaluación del riesgo y la toma de decisiones para su tratamiento. Esto hace referencia a las causas y las fuentes de riesgo, sus consecuencias positivas o negativas y la probabilidad que dichas consecuencias puedan ocurrir.
  - 8.3. Evaluación del riesgo: tiene como objeto la toma de decisiones basada en una priorización de los resultados obtenidos en el análisis de riesgo determinando cuales riesgos necesitan tratamiento y su prioridad para intervención.

Tabla 1. Determinación del Impacto

Nivel de deficiencia	Valor	Significado
Muy Alto (MA)	3	Se detectan riesgos que generan consecuencias significativas y las acciones preventivas o correctivas son nulas o no existen.
Alto (A)	2	Se generan riesgos con consecuencias importantes, o la compañía cuenta con medidas preventivas o correctivas con una eficacia baja.
Medio (M)	1	Se detectan riesgos con consecuencias poco significativas o de bajo impacto para la organización o las medidas preventivas tomadas su eficacia es moderada.
Bajo (B)	No se asigna valor	No se detectan consecuencias. El riesgo está controlado.

**Tabla 2. Significado de los diferentes niveles de probabilidad**

Nivel de probabilidad	Significado	Valor
Muy Alto (MA)	Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia	3
Alto (A)	La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral.	2
Medio (M)	Es posible que suceda el daño alguna vez.	1
Bajo (B)	No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.	No se asigna valor

**Tabla 3. Nivel de riesgo**

Nivel de riesgo	Intervalos	Significado
I	9-7	
II	7-5	
III	5-3	
IV	3-1	

**Tabla 4. Aceptabilidad del Riesgo**

Nivel de riesgo	Significado
I	No aceptable
II	No aceptable o aceptable con control específico
III	Aceptable
IV	Aceptable

**Matriz de calificación de riesgos y oportunidades**

Basado en los pasos establecidos en los criterios para clasificar riesgos y oportunidades, diligencie el **ANEXO 1 MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES**.

#### **Aplicación de disposiciones en la planificación de cambios**

- La Matriz de clasificación de riesgos y oportunidades debe ser actualizada cada que el sistema así lo requiera.
- Previamente al inicio de la ejecución del proceso productivo de acuerdo a las exigencias particulares del cliente plasmadas en la orden de compra de cliente.
- Cuando exista alguna reforma o cambio en la normatividad legal aplicable que cubije al servicio que presta la entidad...
- Cuando como resultado de la verificación del proceso se produzca un producto no conforme y se considere como medida a adoptar planes de mejora.
- Modificaciones en las instalaciones o procesos.
- Introducción de nuevas prácticas o procedimientos de trabajo para la clasificación del producto.
- Ingreso de quejas por parte de los clientes.
- Trimestralmente se lleva a cabo una evaluación de cumplimiento de los planes de acción generados en la evaluación de riesgos para asegurar su cumplimiento.

Se debe realizar la identificación y valoración de riesgos asociados a los cambios y las acciones propuestas en los planes de acción antes de introducir tales cambios, para evitar mayores riesgos en la implementación de las acciones.

Al determinar los controles o considerar cambios a los controles existentes, se contemplará la reducción del riesgo de acuerdo a la jerarquía establecidas.

#### **Aplicación de disposiciones en la planificación de cambios desde la norma ISO 9001: 2015**

La **ESS Hospital Carisma** cuando considere que la entidad determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión, los cambios se deberán llevar a cabo de manera planificada y considerar el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales con el fin de:

1. Asegurar que el sistema de gestión de calidad pueda lograr sus resultados previstos.
2. Aumentar los efectos deseables.
3. Prevenir o reducir efectos no deseados.
4. Lograr la mejora.

Para lo cual La **ESS Hospital Carisma** deberá planificar, integrar e implementar acciones para abordar los riesgos y oportunidades en sus procesos del sistema de gestión de la calidad y hacer control y eficacia de las mismas.

Es importante mencionar que las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la no conformidad de los productos y/o servicios, teniendo en cuenta metodologías orientadas a la identificación de riesgos y mapa de riesgos que ofrecen una mirada panorámica y global de las posibles consecuencias negativas (riesgo) y positivas (oportunidades) dentro del SGC.

### **Entrenamiento**

- Los funcionarios deben estar constantemente informado sobre la identificación y valoración de los riesgos y determinación de controles relacionados directamente con las funciones que desempeña.
- Cualquier cambio en la identificación y valoración de los riesgos y determinación de controles debe ser informado y divulgado a las personas directamente afectadas.
- Se debe brindar capacitación al personal sobre la metodología para identificación y valoración de los riesgos y determinación de controles.
- Las verificaciones del procedimiento por parte del área de Desarrollo Organizacional deben ser conjuntas entre funcionarios la cual será una herramienta clave para incentivar la participación del personal en la identificación de los riesgos y principalmente en la determinación de controles para los riesgos.

### **Criterios generales para definir el tratamiento de los riesgos y aprovechamiento de oportunidades.**

El tratamiento del riesgo es un proceso cíclico que incluye la selección de una o varias opciones para modificar los riesgos siendo este un tratamiento de forma continua. Lo cual implica:

- Valoración del tratamiento del riesgo
- Toma de decisión sobre sus niveles de riesgo, si son aceptables o no.
- Si no son aceptables, generar un nuevo tratamiento para dicho riesgo
- Valoración de la eficacia de dicho tratamiento

Se puede implementar varios tratamientos para eliminar o modificar las causas de un riesgo. Algunas opciones para dicho tratamiento son:

- Modificar o eliminar actividades que con lleven a la eliminación del riesgo
- Retirar la fuente de riesgo
- Cambiar la probabilidad de ocurrencia

- Cambiar las consecuencias

**Criterios para revisar el mapa de riesgos y oportunidades.**

La ESE Hospital Carisma puede desarrollar el mapa de riesgo teniendo en cuenta los siguientes criterios.

**Formato: Mapa de Riesgos**

PROCESO		IDENTIFICACIÓN										PLAN DE RESPUESTA				EVALUACIÓN / MONITOREO			
NOMBRE	TIPO DE ACTIVIDAD	RISGO	PROCESO / ACTIVIDAD / OPERACIÓN / PC		FUSIÓN DE CONCEPTOS (CADA UNO DEL RIESGO)	ASPECTO AMBIENTAL	IMPACTO AMBIENTAL	TIPO DE CONSERVACIÓN	CONTRÓLES EXISTENTES				EVALUACIÓN / MONITOREO						
			SECTOR DE TRABAJO	PLANTAS					PLAN DE ACTO DE TRABAJO	RECURSOS DA	CONTROL DE NORMAS	SECCION EN MONITORING DA	CONTROL ADMINISTRATIVO	EFF	INDICADOR ASPECTO	FRECUENCIA IMPACTO	PROBABILIDAD IMPACTO		
<b>Riesgo</b>	<b>impacto</b>	<b>probabilidad</b>	<b>riesgo</b>	<b>Valoración del riesgo</b>	<b>Opciones de manejo</b>	<b>acciones</b>	<b>cronograma</b>	<b>Indicadores</b>											

Enseguida se detalla las definiciones que permitan comprender su abordaje desde la gestión del riesgo y oportunidades dentro del SGC.

- **Riesgo:** posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
- **Impacto:** consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- **Probabilidad:** entendida como la posibilidad de ocurrencia del riesgo; ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: No. de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado. Evaluación del
- **Riesgo:** Resultado obtenido en la matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos. Controles existentes: especificar cuál es el control que la entidad tiene implementado para combatir, minimizar o prevenir el riesgo.

- **Valoración del Riesgo:** es el resultado de determinar la vulnerabilidad de la entidad al riesgo, luego de confrontar la evaluación del riesgo con los controles existentes.
- **Opciones de Manejo:** opciones de respuesta ante los riesgos tendientes a evitar, reducir, dispersar o transferir el riesgo; o asumir el riesgo residual
- **Acciones:** es la aplicación concreta de las opciones de manejo del riesgo que entrarán a prevenir o a reducir el riesgo y harán parte del plan de manejo del riesgo.
- **Responsables:** son las dependencias o áreas encargadas de adelantar las acciones propuestas.
- **Cronograma:** son las fechas establecidas para implementar las acciones por parte del grupo de trabajo.
- **Indicadores:** se consignan los indicadores diseñados para evaluar el desarrollo de las acciones implementadas.

## 6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

**Tabla 5. Descripción de Actividades**

Se describen las actividades a desarrollar en la ESE Hospital Carisma para abordar los riesgo y oportunidades y con ello el logro de los objetivos propuestos desde la dirección estratégica.

	<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Registro o documento</b>
<b>1</b>	<p><b><u>Determinar el contexto</u></b></p> <p>Para cada uno de los procesos del SGC se identifican las condiciones internas y del entorno y sus causas, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de su objetivo o que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos en la calidad o producto.</p>	<p>Responsable por proceso,</p> <p>Dirección</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>

<p><b>2</b></p>	<p><b><u>Identificar el riesgo</u></b></p> <p>Identificar los riesgos revisando el proceso, su objetivo y los eventos que pueden afectar su cumplimiento.</p> <p>Las causas identificadas en el contexto sirven de base para la identificación de los riesgos de los procesos de calidad.</p> <p>La identificación de los riesgos en el SGC de calidad se puede soportar en: análisis DOFA, lluvia de ideas, análisis histórico, análisis de escenarios. El riesgo debe estar descrito de manera clara, sin que su redacción dé lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.</p>	<p>Responsable por proceso</p> <p>Jefe del area</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b><u>Clasificar el riesgo</u></b></p> <p>Se clasifica el riesgo en alguna de las clases identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo Estratégico, riesgos operativos o de apoyo.</li> </ul>	<p>Responsable por proceso</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b><u>Analizar y evaluar el riesgo identificado</u></b> Los riesgos identificados se analizan teniendo en cuenta dos aspectos: probabilidad e impacto atendiendo.</p>	<p>Responsable por proceso</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b><u>Identificar y valorar los controles</u></b> Se deberán identificar los controles teniendo en cuenta que pueden ser: controles preventivos o correctivos.</p>	<p>Responsable por proceso</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b><u>Valorar el (los) riesgo(s) identificado(s)</u></b> La valoración de los riesgos es producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados.</p>	<p>Responsable por proceso</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>



<p><b>7</b></p>	<p><b>Tratar el (los) riesgo(s)</b> Se definen la forma como se tratará el riesgo de acuerdo con las opciones: Evitar, reducir, transferir o compartir o asumir el riesgo. Se definen del plan de manejo del riesgo como una acción preventiva que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las acciones a implementar</li> <li>• Los responsables</li> <li>• El cronograma de implementación</li> <li>• Los indicadores</li> </ul> <p>Una vez identificados los riesgos de calidad, cada proceso debe establecer los controles teniendo en cuenta: Controles preventivos, que disminuyen la probabilidad de ocurrencia o materialización del riesgo; y Controles correctivos, que buscan combatir o eliminar las causas que lo generaron, en caso de materializarse.</p>	<p>Responsable por proceso</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Aprobar el mapa de riesgos</b> Los mapas de riesgos por procesos deberá ser aprobado de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de elaboración y Control de Documentos.</p>	<p>Responsable por proceso</p>	<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Consolidar los mapas de riesgos</b> Los mapas de riesgos por procesos se consolidarán para conformar el Mapa de Riesgos por procesos del SGC.</p> <p>El mapa de riesgos Institucional se alimenta de los riesgos identificados en los procesos del SGC, teniendo en cuenta que solamente se trasladan al institucional aquellos riesgos que dentro del SGC permanecieron en las zonas más altas de riesgo y que afectan el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad.</p>		<p>Mapa de riesgos por Procesos</p>

10	<p><b>Socializar y divulgar los mapas de riesgos identificados</b> Los mapas de riesgos deben ser socializados con los involucrados que intervienen en un proceso de SGC a fin de que contribuyan al cumplimiento de los controles o al fortalecimiento de la gestión de riesgos.</p>		Registro de socialización
11	<p><b>Seguimiento, asesoría y evaluación de los riesgos.</b> Se realizará seguimiento y evaluación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La efectividad de los controles existentes.</li> <li>• La implementación de las acciones propuestas.</li> <li>• La valoración del riesgo con base en la implementación de nuevos controles.</li> <li>• La pertinencia y conveniencia de los riesgos identificados.</li> <li>• Los responsables.</li> </ul>	<p>Responsable por proceso</p> <p>Jefe del área</p>	Mapa de riesgos por Procesos

## 7. CONTROL DE REGISTROS

- El control de los registros será responsabilidad del área de Desarrollo Organizacional
- Se realizará en el listado maestro de registros el control de versión de la matriz de identificación de riesgos, y demás documentos que requieran cambio.
- Los registros servirán de base para la revisión por área de gestión

## 8. REGISTROS

- Matriz de identificación valoración y control de los riesgos
- Formato de quejas del cliente
- Formato producto no conforme.

## 9. ANEXOS


- ANEXO 1 MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

### Bibliografía

GTC 45 Última versión

ICONTEC. (s.f.). NTC ISO 31000.

ICONTEC. (s.f.). NTC ISO 9001:2015.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	<i>Sandra Lara A</i>	<i>Sandra Lara A</i>	
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

### **OBJETIVO**

Definir la metodología que permite que la Alta Dirección dar lineamientos de nivel estratégico, para orientar y dar rumbo para la planificación y cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **ALCANCE**

Contempla el análisis del contexto interno e interno, la formulación y/o actualización de los lineamientos y planes institucionales, seguimiento y mejora.

**RESPONSABLE:** Gerencia, Desarrollo Organizacional y Comité Directivo

### **DEFINICIONES**

**Alta Dirección:** integrada por las máximas autoridades administrativas de una entidad y quién posee el máximo nivel de responsabilidad. Para las entidades de la Rama Ejecutiva, la alta dirección se define en los términos de los Decretos 770 y 785 de 2005.

**Código de Integridad:** Disposiciones voluntarias de autorregulación de quienes ejercen el Gobierno de las entidades, que a manera de políticas éticas buscan garantizar una gestión íntegra, eficiente y transparente en la administración de los recursos públicos. Este documento recoge las normas de conducta, mecanismos e instrumentos que deben adoptar las instancias de dirección, administración y gestión de las entidades públicas, con el fin de generar confianza de los públicos internos y externos hacia la entidad.

**Código de Ética:** Documento de referencia para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y Directrices que en coherencia con el Código de Buen Gobierno, todo servidor público de la entidad debe aplicar en el ejercicio de su función administrativa.

**Direccionamiento estratégico:** conjunto de instrucciones, pautas o criterios establecidos por la Alta Dirección para el logro de los objetivos y metas de la Entidad.

**Estrategia:** Las estrategias son pautas generales que orientan la posterior planificación operativa, surgidas dentro de y tendientes a un proceso acorde al marco conceptual del desarrollo, tendientes a acercarnos a la visión, que permitan el máximo grado de cumplimiento de la misión, dentro de un contexto posible.

**Gestión estratégica:** La gestión estratégica permite realizar un modelamiento del desempeño global de la entidad, es un proceso que apunta a la eficacia, integrando la planificación estratégica (Más comprometida con la eficiencia) con todo el Sistema Integrado de Gestión, a la vez responsabiliza al nivel directivo por el desarrollo e implementación de estrategias encaminadas al fortalecimiento de la gestión institucional.

**Grupos de Interés:** Individuos u organismos específicos que tienen un interés especial en la gestión y los resultados de las organizaciones públicas. Comprende, entre otros, instancias o espacios de participación ciudadana formales o informales.

**Grupos de valor:** Personas naturales (ciudadanos) o jurídicas (organizaciones públicas o privadas) a quienes van dirigidos los bienes y servicios de una entidad.

**Planificación Estratégica:** Documento oficial del más alto nivel que contiene los Lineamientos rectores para los cuales se fijan los grandes objetivos y las prioridades que permiten atender la función institucional y debe guardar coherencia y alineación con los planes del sector y los planes de desarrollo gubernativos a nivel que le corresponda.

**Política Organizacional:** Es la orientación o directriz dictada desde más alto nivel de la organización que se compromete a cumplir y que establece una conducta y unidad de criterio a observar, en la toma de decisiones e implementación de las estrategias para el logro de los objetivos propuestos. Debe ser divulgada, entendida y acatada por todos los miembros de la organización y es la base para desarrollar los demás documentos institucionales, como los planes, manuales, procedimientos, entre otros.

**Planificación Operativa:** se orienta a la eficiencia, es decir a organizar adecuadamente los recursos de la organización. Trata de minimizar la relación resultado/ recursos.

**POAI:** Plan operativo anual de inversión, es un componente del sistema de presupuestal que indica la inversión directa e indirecta y los proyectos a ejecutar, clasificar los sectores, entidades. Adicionalmente, define para cada proyecto las vigencias comprometidas especificando el valor y teniendo en cuenta el origen de las fuentes de financiación y destino de los recursos.

**Meta:** La meta se puede entender como la expresión de un objetivo en términos cuantitativos y cualitativos. Las metas son como los procesos que se deben seguir y terminar para poder llegar al objetivo.

**Misión:** Directriz organizacional que responde al propósito básico y fundamental de la entidad, es decir, define su razón de ser; contempla la necesidad que satisface la organización, los productos o servicios que ofrece para satisfacer dicha necesidad y la población objetivo. Está determinada en las normas que la regulan y se ajusta de acuerdo con las características de cada ente público.

**Valores:** los valores son principios que permiten orientar el comportamiento, son creencias fundamentales que ayudan a preferir, apreciar y elegir unas cosas en lugar de otras, o un comportamiento en lugar de otro. También son fuente de satisfacción y plenitud.

**Valor Ético:** Forma de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades propias y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia

gratificante en el marco de la dignidad humana. Los valores éticos se refieren a formas de ser o de actuar para llevar a la práctica los principios éticos.

**Visión:** Directriz organizacional que describe un escenario altamente deseado para ser logrado en un intervalo de tiempo a largo plazo, define el rumbo o para dónde va la entidad. Indica la capacidad de un grupo de alta dirección de ver más allá del tiempo y el espacio, para construir en la mente un estado futuro deseable que permita tener una claridad sobre lo que se quiere hacer y a dónde quiere llegar la entidad. Desarrolla la misión del ente e incluye el plan de gobierno de su dirigente que luego se traduce en el plan de desarrollo de la entidad.

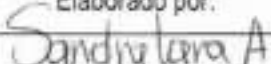
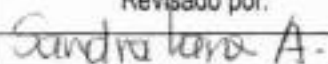

Se debe contemplar la legislación aplicable vigente para la definición de las directrices organizacionales. El Código de Integridad, o el documento que hace sus veces, debe ser concebido como un proceso de afectación y cambio de la cultura organizacional, además deben generar un compromiso y responsabilidad frente a todos los públicos a quienes se dirige sobre ser coherente entre lo que se dice y lo que se hace y deben ser definidos de tal forma que orienten el actuar de la entidad independiente de los cambios que se puedan presentar en la Dirección.

## POLÍTICAS DE OPERACION

Se debe monitorear de forma permanente el cumplimiento de los elementos de la planificación Estratégica (Misión, Visión, valores, principios y el Plan Estratégico) para realizar las actualizaciones a que haya lugar y las mejoras pertinentes. Se debe contemplar la legislación aplicable vigente para la definición de las directrices organizacionales. El Código de Integridad, o el documento que hace sus veces, debe ser concebido como un proceso de afectación y cambio de la cultura organizacional, además deben generar un compromiso y responsabilidad frente a todos los públicos a quienes se dirige sobre ser coherente entre lo que se dice y lo que se hace y deben ser definidos de tal forma que orienten el actuar de la entidad independiente de los cambios que se puedan presentar en la Dirección.

No	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registros
1	Realizar Dx	Para la definición de la gestión estratégico, se tiene en cuenta lo lineamientos del plan del plan de gestión vigente.	Gerente-equipo directivo	actas
2	Reunión	Realizar reuniones para la actualización y formulación de elementos de direccionamiento estratégico	Desarrollo organizacional-equipo directivo	

3	Consolidar documento PE	Definidos y aprobados los elementos de direccionamiento estratégico por parte del comité directivo.	Desarrollo organizacional	Plan estratégico borrador
4	Aprobar documento	Una vez revisado el PE se aprueba el documento final y realizar ajustes.	Desarrollo organizacional- equipo directivo	resolución
5	Realizar divulgación	Divulgación en web y funcionarios	Desarrollo organizacional	Registros de divulgación
6	Dar instrucciones	Programar acciones de cumplimiento		
7	Ejecutar plan	Se ejecutan de acuerdo la metodología y dando cumplimiento a las metas propuestas	Líderes de procesos	Registro de ejecución
8	Realizar seguimiento	Verificar el cumplimiento del plan con sus metas	Desarrollo organizacional	seguimiento

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

**PROCEDIMIENTO  
AUDITORÍAS INTERNAS DE  
SEGUIMIENTO**

Código : PT-AI-GD:05  
Versión: 01  
Fecha de actualización :  
25/06/2019

**Objetivo:** Verificar la eficacia del sistema de calidad de la organización y determinar el grado de cumplimiento de requisitos de los clientes internos y externos de los procesos.

**Alcance:** Éste procedimiento inicia con la realización del plan de la auditoría y finaliza con el seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento del área auditada.

**Responsable:** Desarrollo Organizacional

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Priorización de procedimientos y frecuencias de auditorías descritas en el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato para lista de verificación de auditoría Interna de Calidad.</li> <li>• Formato para Informe Final de auditoría Interna de calidad de seguimiento.</li> <li>• Formato para plan de mejoramiento de auditoría Interna de Calidad</li> <li>• Equipo de cómputo.</li> <li>• Material de oficina</li> </ul>

REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Auditores deben haber recibido formación en auditorías.</li> <li>• Ser independientes con relación al área auditada.</li> <li>• Planificar la auditoría y elaborar documentos de trabajo.</li> <li>• Permanecer dentro del alcance de la auditoría.</li> <li>• Recolectar y analizar evidencia objetiva que sea pertinente y suficiente para obtener conclusiones.</li> <li>• Documentar claramente las observaciones.</li> <li>• Tratar la información confidencial con discreción.</li> <li>• Los Auditores Internos pueden usar el procedimiento escrito como lista de chequeo, añadiendo preguntas y resaltando los requisitos específicos.</li> <li>• Tener en cuenta los lineamientos del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.</li> <li>• Tener en cuenta los atributos personales de los auditores: Ético, Justo, Buen observador, perceptivo, Imparcial, buen comunicador, diplomático, persistente y seguro.</li> <li>• El plazo máximo para presentar el plan de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de auditoría de seguimiento objetivo, veraz y oportuno.</li> <li>• Lista de chequeo pertinente al procedimiento auditado.</li> <li>• Plan específico de auditoría claro y enviado oportunamente.</li> <li>• Oportunidades de mejoramiento relevantes, pertinentes y claras.</li> <li>• Plan de mejoramiento realizado de acuerdo a la metodología, eficaz y eficiente.</li> <li>• Seguimiento a planes de mejoramiento en forma oportuna y basada en indicadores.</li> </ul>



REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS
mejoramiento es de 15 días.	

No	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar plan anual de auditoría interna en el cual se establezca la frecuencia de la auditoría para cada proceso prioritario.	Desarrollo Organizacional	plan anual de auditoría interna
2	Aprobar el plan anual de auditoría interna de calidad.	Gerente y Comité Directivo	acta
3	Divulgar a los responsables de área, el plan anual de auditoría interna de calidad.	Desarrollo Organizacional- líderes procesos	Cronograma
4	Realizar plan específico de auditoría interna de calidad del proceso a ser auditado.	Desarrollo Organizacional	Plan específico de auditoría interna de calidad
5	Aprobar el plan específico de auditoría Interna de Calidad del área a auditar.	Gerente y Comité Directivo	Plan aprobado
6	Enviar plan específico de auditoría, al responsable del proceso a auditar.	Desarrollo Organizacional	Correo electrónico
7	Revisar la documentación del proceso a auditar, teniendo en cuenta entre otros: los reportes de auditoría interna y/o externa previos, oportunidades de mejora detectadas, planes de mejoramiento, indicadores del proceso y eventos adversos reportados.	Desarrollo Organizacional y equipo auditor	Documentación requerida
8	Realizar lista de chequeo de la auditoría.	Desarrollo Organizacional y equipo auditor	Lista de chequeo de auditoría interna de calidad
9	Realizar reunión de apertura, en la cual se tenga en cuenta lo siguiente: *Presentar el equipo auditor a los representantes del área a auditar. *Establecer una relación de trabajo eficaz. *Revisar el alcance de la auditoría. *Revisar el plan detallado de la auditoría interna de calidad y aclarar los detalles. *Verificar que los auditados estén disponibles.	Desarrollo Organizacional	
10	Ejecutar la auditoría, teniendo como referencia la lista	Desarrollo	

No	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	de chequeo elaborada y dejando evidencia objetiva de los hallazgos de la auditoría.	Organizacional y líderes de procesos	
11	Realizar el informe final de la auditoría, teniendo en cuenta las observaciones y evidencias identificadas durante la auditoría.	Desarrollo Organizacional y equipo auditor	Informe Final de auditoría Interna de Calidad
12	Presentar informe final de la auditoría a los Responsables del proceso auditado.	Desarrollo Organizacional	informe
13	Enviar el informe final de la auditoría a la Dirección y al Comité Directivo.		
14	Solicitar al responsable de área, realizar el plan de mejoramiento de acuerdo con las debilidades y oportunidades de mejoramiento encontradas en la auditoría.		
15	Realizar plan de mejoramiento, teniendo en cuenta lo establecido para el análisis de oportunidades de mejoramiento y realización de planes de mejoramiento.	Responsable del Área auditada	Plan de Mejoramiento
16	Enviar a Desarrollo Organizacional el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría.	Responsable del Área auditada	Correo electrónico
17	Verificar la pertinencia y correcta elaboración del plan de mejoramiento. <b>Si cumple:</b> Aprobar la implementación del plan de mejoramiento. <b>No cumple:</b> Devolver al responsable del proceso para que realice las correcciones pertinentes y continuar con la actividad 15.	Desarrollo Organizacional	Correo electrónico
18	Implementar el plan de mejoramiento aprobado, cumpliendo con las fechas y los responsables asignados a cada actividad y dejando evidencia del cumplimiento de ellas.	Responsable del Área auditada	Plan de Mejoramiento, Cronograma de Cumplimiento, Actas de Seguimiento.
19	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento del área y presentarlo a la gerencia.	Desarrollo Organizacional	Seguimiento al plan de mejoramiento, actas de seguimiento
20	Verificar el cumplimiento del plan y el impacto de las acciones implementadas. <b>Si cumple:</b> Terminar el procedimiento.	Desarrollo Organizacional	Acta de cumplimiento o rechazo.

No	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<b>No cumple:</b> Enviar al responsable de área las observaciones encontradas.		
21	Definir e implementar las acciones correctivas a que haya lugar para lograr el objetivo del plan de mejoramiento y continuar con la actividad 19.	Responsable del Área auditada	Acciones correctivas y/o plan de mejoramiento modificado

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	<i>Sandra Lara A.</i>	<i>Sandra Lara A.</i>	<i>[Firma]</i>
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente



**GESTIÓN DIRECCIÓN  
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN- JURIDICA**

Código: GD-C-CAR:05

Versión:01

Fecha actualización:13/03/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Apoyar y asesorar a los diferentes procesos de la ESE Hospital Carisma en los asuntos jurídicos en cumplimiento de requisitos legales con los diferentes procesos ajustados a derecho.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Inicia con el conocimiento y el estudio del requerimiento; seguidamente se identifica el problema o situación jurídica, continua con la información del marco normativo aplicable y finaliza con el establecimiento de las acciones jurídicas a ejecutar.

**LIDER DEL PROCESO**

Subdirector Administrativo y financiero- Asesora Jurídica

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Todos los procesos

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)	ENTRADAS		PHYA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
	INTERNO	EXTERNO					INTERNO	EXTERNO
Gerencia  Constitución, leyes, decretos, resoluciones(categorías) requerimientos de entes de control	Plataforma estratégica y lineamientos de alta gerencia, plan de gestión  Estatutos, reglamento interno,		P	-Definir los lineamientos de gestión jurídica -Definir las necesidades de los recursos del proceso -Definir actividades del POA  -Consolidar el nomograma institucional-salud		-Lineamientos de gestión de jurídica -Plan de gestión y POA	Todos los procesos	
Peticionario	Registro de solicitudes de asuntos jurídicos (derechos de petición, tutela,		H	Responder demandas y acciones de tutela	Asesora jurídica	Respuesta escrita	Peticionario, Juez, autoridad competente	

	consulta, demandas, estudios previos-contratación, notificaciones jurídicas,				
Demandante, peticionario-accionante	Requerimientos enviados por las diferentes entidades (trámites judiciales y extrajudiciales)	H	-Estudiar el contenido de la tutela, demanda o conciliación para establecer y/o definir la estrategia de defensa jurídica por la que optará la Entidad.	Respuesta, contestación	Demandante, peticionario-accionante
Cumplimiento de ley	Requerimiento de pretensiones del demandante		-Elaborar y presentar la Ficha Técnica de Conciliación al Comité de Conciliación para su aprobación.	Acta de comité para respuesta de pretensiones	Apoderado
Gerencia	Plan de gestión, mapa de riesgo y plan anticorrupción	V	-Verificar indicadores resultado del proceso-cumplimiento Monitorear el riesgo	Reporte de indicadores -Monitoreo de riesgos	
Auditorías internas-externas	Informes de auditorías	A	Identificar las acciones de mejora y levantar el plan de mejoramiento e implementación del mismo	Plan de mejoramiento	Respuesta a auditorías
<b>RECURSOS</b>					
<b>HUMANOS</b>		<b>TECNOLOGICOS</b>		<b>INFRAESTRUCTURA</b>	

Servidores públicos, abogados, secretaria, mensajero.	Computador, internet, teléfono fijo- celular, biblioteca digital, plataformas de actualización normativa	Área física oficina,	
CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO			
¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?	
Cumplimiento al POA	Cumplimiento de actividades por cada trimestre	Asesora jurídica- Desarrollo Organizacional	
Presentar y/o contestar la tutela	En el tiempo establecido por el despacho judicial	Asesora jurídica	
Presentar y/o contestar el derecho de petición	En el tiempo establecido por la norma	Asesora jurídica	
Contratación de la entidad	Asegurando el cumplimiento de las etapas del proceso contractual	Asesora jurídica- supervisor-comité de compras-gerente- auditor interno/externo	
Defensa jurídica institucional	Contestar o interponer las demandas dentro del término establecido y hacer seguimiento al proceso hasta la culminación del mismo.	Asesora jurídica	
REQUISITOS			
Constitución política Leyes, decretos y demás normas aplicables a la entidad( sector público en salud) Normativa interna (acuerdos resoluciones) Normograma			
INFORMACIÓN DOCUMENTADA			
Constitución Política de Colombia. Ley 1437/2011. Ley 769/2002. Ley 393/1997. Ley 23/1991. Ley 1755/2015. Ley 1564/2012. Ley 1474/2011. Ley 678/2001. Ley 712/2001. Ley 47/1998. Ley 769/2002 y Decretos reglamentarios. Ley 1801/2016. Ley 1801/2016. Decreto-Ley 2158/1948. Dec. 1400/1970. Dec. 2591/1999. Dec.1400/1970. Dec.1716/2009. Dec. 1000- 0607/2013. Dec. 1-0056/2012. Resol.1.1-368/2009. Código Sustantivo de Trabajo. Estatuto Tributario. Formato FUG - ANDJE. Ley 87 de 1993.			
CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO			
Riesgo	Acciones	Frecuencia	Responsable
Respuestas extemporáneas a los requerimientos	Definir un protocolo a las respuestas (Personal que se requiere para la entrega de la documentación , insumos -información para la respuesta)	Revisión Anual para ajuste según cambio de normatividad	Jurídica
Premura en la revisión de documentación interna			
Pérdida y /o extravío de documentos en la jurídica			
Desactualización normativa	-Capacitación sobre las actualizaciones normativas a personal de	Revisión	Jurídica y Talento

	jurídica y directivos e involucrados.	anual	Humano
	-Planeación de los recursos informáticos requeridos (biblioteca digital, plataforma de actualización normativa).		
Personal no idóneo e incompetente en el área de jurídica	Verificar los requisitos exigidos para el cargo en el manual de funciones y competencias laborales previas a la vinculación y/o contratación.	En el proceso de selección	Talento Humano
Personal insuficiente	Planeación estratégica del recurso humano para el área	Anual	Gerencia

#### INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

Cumplimiento plan operativo anual  
 Respuesta oportuna a tutelas y demandas  
 Respuesta oportuna peticiones  
 Contratos elaborados oportunamente  
 Número de demandas contestadas con resultado satisfactorio para la entidad  
 Número de cuentas de cuentas recuperadas por cobro coactivo.  
 Riesgo: materialización de sanciones  
 Perdas económicas o reputación, buen nombre

Indicador	Formula	Meta	Frecuencia/ Revisión	Responsable
Cumplimiento del plan operativo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones cumplidas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones programadas}} * 100$	100%	Trimestral	Jurídica
Respuesta oportuna a tutelas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tutelas contestadas oportunamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de tutelas}} * 100$	100%	Semestral	Jurídica
Respuesta oportuna a las demandas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de demandas contestadas oportunamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de demandas}} * 100$	100%	Trimestral	Jurídica
Respuesta oportuna peticiones	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de peticiones contestadas oportunamente}}{\text{N}^\circ \text{ Total de peticiones}} * 100$	100%	semestral	Jurídica

Contratos elaborados oportunamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contratos elaborados oportunamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de contratos elaborados}} \times 100$	100%	Trimestral	Juridica
Número de demandas contestadas con resultado satisfactorio para la entidad	$\frac{\text{Número de demandas contestadas con resultado satisfactorio para la entidad}}{\text{N}^\circ \text{ Total de demandas}} \times 100$	100%	Anual	Juridica
<b>CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)</b>				
Listado maestro				



**Objetivo:** Asesorar y representar judicial y extrajudicialmente a la ESE Hospital Carisma, en los asuntos jurídicos de interés para la entidad junto con las acciones de cualquier índole que ante la Ley se adelanten a su favor o en contra, brindando el debido soporte jurídico en los procesos instaurados por la entidad o contra ella, ofreciendo una coherente y apropiada defensa judicial en cada una de las instancias procesales respectivas, previniendo el daño antijurídico y evitando el detrimento patrimonial.

**Alcance:** inicia con el estudio de los hechos de la posible demanda, y termina con el fallo de segunda instancia debidamente ejecutoriada.

**Limites:** Involucra a todos los funcionarios públicos de la entidad y apoderados externos encargados de representar judicial y extrajudicialmente a la entidad en las acciones que delante en su condición de demandante o de demandado.

**Responsables:** Gerencia Asesoría Jurídica.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Estudio de la situación fáctica. Citación a conciliación extrajudicial Notificación de la Demanda.	Software y hardware con conexión a internet. Implementos de oficina. Normatividad vigente
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
La Constitución Política Ley 1285 de 2009. Por medio de cual se reforma la Ley 270 de 1996 Estatutaria de la Administración de Justicia. Ley 1395 de 2010. Por la cual se adoptan medidas en materia de descongestión judicial. Ley 1437 de 2011. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Ley 1564 de 2012. Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones. Decreto 1716 de 2009. Por el cual se reglamenta el	Proceso debidamente tramitado con la garantía del derecho a la defensa.

artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y el Capítulo V de la Ley 640 de 2001.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Citación a audiencia de conciliación extrajudicial ante Procuraduría por parte del demandante o por la entidad en caso de ser la parte demandante	Asesor Jurídico	Citación de la Procuraduría delegada que cita a la audiencia de conciliación extrajudicial
2	Citar al Comité de Defensa judicial y Conciliación de la entidad para realizar el análisis jurídico a las pretensiones jurídicas del demandante y se toma la decisión de conciliar o no.	Integrantes del Comité de Conciliación	Citación audiencia de conciliación. Acta del comité de conciliación
3	Se concede el poder al abogado que representara a la entidad en la audiencia de conciliación extrajudicial	Gerente	Poder
4	Asistir el apoderado a la audiencia de conciliación extrajudicial.	Apoderado	Acta del Comité de Conciliación de procuraduría
5	Interposición de la demanda (por un tercero o por la entidad cuando ésta actúa como demandante) ante la autoridad judicial correspondiente, demanda que es admitida y notificada por parte de la autoridad judicial ya sea por correo electrónico y por correo certificado.	Demandante y la autoridad judicial	Auto admisorio de la demanda y la notificación.
6	Radicación, digitalización y remisión de documento al área Jurídica y a la Gerencia (cuando la entidad actúa como demandante).	Auxiliar administrativo – centro documental- correo jurídica- gerencia	Radicado de la entidad- Planilla de constancia de entrega
7	Análisis de la demanda ya sea por el asesor jurídico de la entidad o por el abogado que se contrate para la representación judicial y tramitar la contestación, con fundamentación jurídica y dentro del término legal (cuando la entidad actúa como demandante).	Profesional del derecho	Contestación de la demanda y los soportes probatorios
8	Enviar oficio al área contable de la entidad informando el valor de las pretensiones de la demanda	Asesora jurídica	Oficio
9	Se presenta la contestación de la demanda ante la	Abogado	Documento

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	autoridad judicial respectiva por el apoderado de la entidad en original y copia (cuando la entidad es demandada) En caso de ser demandante, una vez se corra traslado de las excepciones propuestas por el demandado y se haga necesario pronunciamiento por parte de la entidad, se radica igualmente el escrito radicado ante la autoridad judicial.	responsable- apoderado	radicado
10	Se hace seguimiento al proceso judicial	Abogado responsable- apoderado	Documento- seguimiento
11	Realizar defensa técnica en las diferentes etapas del proceso y asistir a la audiencia de pruebas, alegatos de conclusión.	Abogado responsable- apoderado	Actas de audiencia y alegatos
12	Si el fallo es en contra o desfavorable a los intereses de la entidad se debe interponer los recursos de ley	Abogado responsable- apoderado	Documento de sustentación de recursos de ley.
13	Radicar el recurso junto con todos los soportes en el despacho judicial que conoce del proceso	Abogado responsable- apoderado	Documento radicado
14	Hacer seguimiento a las actuaciones que se desarrollen durante el proceso	Abogado responsable- apoderado	Documento seguimiento
15	Una vez conocido el fallo, se solicita al despacho las copias auténticas con constancia de firmeza del fallo de segunda instancia	Abogado responsable- apoderado	Documento
16	Aportar las copias auténticas del fallo con la constancia de firmeza y entregarlas al Gerente de la entidad para que se dé cumplimiento al mismo.	Abogado responsable- apoderado	copias

**Definiciones:**

**PROCESO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO:** Es el proceso mediante el cual se acude a la jurisdicción de lo contencioso administrativo para resolver un conflicto que se haya dado por un acto, hecho, acción, omisión u operación de la administración, mediante un escrito formal denominado demanda.


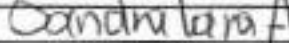

**DEMANDA:** Escrito por medio del cual se solicita a una autoridad judicial o arbitral, el reconocimiento o la existencia de un derecho.

**ACCIONES CONTRACTUALES:** Cualquier entidad que haya contratado con la E.S.E Hospital CARISMA o la misma entidad, podrá pedir que se declare la existencia, nulidad, revisión, declaración de incumplimiento o indemnizaciones correspondientes al contrato celebrado.

**LA ACCION DE REPETICIÓN:** Es una disposición Constitucional plasmada en el artículo 90, en donde se consagra que: "El Estado responderá patrimonialmente Por daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o por la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste".

**Riesgos del procedimiento**

Riesgo	Consecuencias	Controles
Pérdida de algunos de los procesos judiciales	No tener pruebas para una defensa	Hacer copias de seguridad
Vencimiento de términos judiciales	No poder realizar una defensa técnica apropiada- Pérdida económica	Hacer seguimiento el abogado responsable de los procesos judiciales de la entidad en la herramienta informática para ello
No presentar los recursos de ley dentro del término cuando sean procedentes	Pérdida del proceso- Pérdida económica	Hacer seguimiento al proceso utilizando las herramientas tecnológicas existentes

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Beatriz Eugénia González Vélez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Asesora Jurídica	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Establecer las actividades y lineamientos para contestar y efectuar el seguimiento a las acciones de tutela, de forma eficiente y con miras a defender los intereses de la entidad.

**Alcance:** Inicia con la recepción de la tutela y termina con el archivo de la sentencia

**Límites:** Contestar la tutela involucra a todos los funcionarios públicos de la entidad

**Responsables:** Asesoría Jurídica.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Notificación del acto Admisorio de la tutela	Software y hardware con conexión a internet. Implementos de oficina. Normatividad vigente
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>La Constitución Nacional</p> <p>Ley 1564 de 2012. Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Ley 1437 de 2011. Por el cual se expide el Código de Procedimiento y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p><b>Decreto 306 de 1992</b>, "Por el cual se reglamenta el Decreto 2591 de 1991".</p> <p><b>Decreto - Ley 2591 de 1991</b>, "Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política".</p>	Proceso debidamente tramitado con la garantía del derecho a la defensa

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir la acción de tutela	Auxiliar	Tutela

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		administrativo – centro documental, asesor jurídico si se envía por correo, gerencia, atención al usuario si se envía por correo	
2	Entregar la acción de tutela a la jurídica para que proyecte la respuesta	Asesoría jurídica	Radicado de entrega de la tutela
3	Solicitar la documentación o información a las dependencias cuando sea requerida para dar respuesta a la tutela con aviso de urgencia.	Asesoría jurídica	Oficio o correo
4	Recibir la información o la documentación requerida y proyectar la respuesta.	Asesoría jurídica	Proyecto de respuesta de tutela
5	Proyectar la respuesta a la acción de tutela y entregarla a la gerencia ya sea para que la firme el Gerente o la devuelva.	Asesoría jurídica	Documento firmado
6	Entregar la respuesta de la acción de tutela con los documentos soporte al auxiliar administrativo- centro documental, para que radique la tutela y la envíe al despacho respectivo o por correo certificado si es por fuera de la ciudad.- Enviar por correo electrónico para cumplir con el término establecido por el respectivo despacho judicial.	Asesoría jurídica	Copia de la respuesta de la acción de tutela con el respectivo radicado
7	Recibir el fallo, analizar la decisión judicial y determinar si procede impugnación, si no procede se archivará o se trasladará a la respectiva dependencia que deba dar cumplimiento.	Asesoría jurídica	Fallo de la tutela
8	Elaborar escrito de impugnación y pasarlo para firma del Gerente.	Asesora jurídica	Oficio

**Definiciones:**

**Acción de Tutela:** Es un mecanismo que tiene por objeto la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales de toda persona. La Constitución Política, en su artículo 86, dispone que: "toda persona podrá interponer acciones de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública" o de particulares en los casos previstos por la ley.

**Hechos de la acción de tutela:** Son los sucesos relatados por el accionante que dieron lugar a la presunta vulneración de un derecho fundamental constitucional y, que el profesional responsable relatará en la contestación de la tutela de forma sucinta.

**Derechos presuntamente vulnerados:** Derechos fundamentales constitucionales que están siendo presuntamente vulnerados por este Ministerio o por otra entidad y señaladas por el accionante.

**Peticiones del accionante:** Es la solicitud concreta que la parte actora realiza a través del mecanismo de acción de tutela con la finalidad que cese la vulneración de un derecho fundamental constitucional.

**Anexos:** Información adicional adjunta al final del documento, que sirve de apoyo para la comprensión del mismo y aplicación de las actividades descritas; incluye informes, comunicaciones, formatos, plantillas, cuadros, entre otros.

**Notificaciones:** Es la dirección de correspondencia del Ministerio del Interior en la cual el respectivo despacho judicial comunicará la decisión adoptada.

**Incidente de Desacato:** Es un trámite que procede cuando no se ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el fallo de la Acción de Tutela, y en el cual el Juez ordena a la entidad dar cumplimiento a ello, so pena de Sanción.

**So pena de:** bajo la amenaza o el riesgo de.

**Término:** Plazo perentorio e improrrogable y/o de oportunidad dentro del cual debe realizarse una actividad judicial.

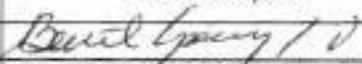
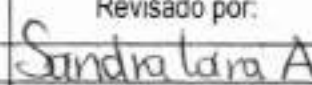

#### Riesgos del procedimiento

Riesgo	Consecuencias	Controles
No contestar la tutela dentro del término establecido por el	Si no se contesta dentro del plazo correspondiente, se	Semáforo de alertas

Juez	tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano	
No cumplir con lo ordenado en el fallo	El incumplimiento de una orden de un juez , dará lugar al desacato sancionable con arresto hasta de seis meses y multa hasta de 20 salarios mínimos mensuales	
No impugnar el fallo	Se acepta la decisión del juez	

El fallo de tutela cuando ampare o niegue la protección del derecho fundamental invocado como vulnerado, es susceptible de impugnar, la impugnación es muy similar al recurso de apelación, pues se envía el expediente al superior para que este resuelva si hay lugar a modificar el fallo o no

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Beatriz Eugenia González Vélez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Asesora jurídica	Desarrollo Organizacional	Gerente





**CARACTERIZACIÓN  
GESTIÓN COMUNICACIONES**

Código: GD-C-CAR:05

Versión:01

Fecha  
actualización:13/03/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Desarrollar estrategias comunicacionales que permitan mantener informados a los públicos interno y externo sobre la gestión institucional.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

El proceso inicia con la solicitud o necesidades que en materia comunicacional existan, en la planeación y ejecución del plan de comunicaciones y finaliza con la entrega y divulgación de los productos comunicacionales, bien sean internos y externos.

**LIDER DEL PROCESO**

Profesional universitaria comunicaciones

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Todos los procesos tanto interno como externos

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)	ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
						INTERNO	EXTERNO
Gerencia Todos los procesos tanto interno como externos Medios de comunicación	Necesidades Información Estructura Insumos de comunicación interna y externa	P	Planear las actividades para la ejecución del proceso y establecer cómo se ejecutarán los planes y procedimientos establecidos, con los responsables de la ejecución.	Profesional universitaria comunicaciones	Plan de comunicaciones para la vigencia	Gerencia	
Gerencia Todos los procesos tanto interno como externos Medios de comunicación	Necesidades Información Estructura Insumos de	H	Implementación del plan de comunicaciones.	Profesional universitaria comunicaciones	Plan de comunicaciones ejecutado de la vigencia	Gerencia y demás procesos	

	comunicación interna y externa		- Grandes hitos de comunicación en la ESE Hospital Carisma			
Gerencia Todos los procesos tanto interno como externos Medios de comunicación	Plan de comunicaciones  MIPG	V	Medición del proceso.	Profesional universitaria comunicaciones	Indicadores de gestión medidos	Gerencia, Control Interno, Desarrollo Organizacional
Control Interno MIPG Desarrollo Organizacional						
Gerencia Todos los procesos tanto interno como externos Medios de comunicación	Control, evaluación y mejora continua	A	Realizar acciones de mejoramiento continuo.	Profesional universitaria comunicaciones	Planes de mejoramiento aplicados	Gerencia, Control Interno, Desarrollo Organizacional
Control Interno MIPG Desarrollo Organizacional						
<b>RECURSOS</b>						
<b>HUMANOS</b>		<b>TECNOLOGICOS</b>			<b>INFRAESTRUCTURA</b>	
Profesional universitaria comunicaciones		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Cómputo.</li> <li>• Conexión a red, internet.</li> </ul>			Oficina de comunicaciones debidamente dotada.	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papelería y útiles de oficina.</li> <li>• Impresora.</li> <li>• Cámara fotográfica.</li> <li>• Acceso a diseño gráfico.</li> <li>• Página web</li> </ul>	
<b>CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO</b>		
¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?
Página web Redes sociales Boletines institucionales Banco de imágenes Realización de eventos y campañas Carteleras Material educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante mecanismos de verificación de bases de datos</li> <li>- Mediante la planeación se verifica la correcta ejecución en los eventos</li> <li>- En las publicaciones en redes sociales se verifica la correcta ortografía</li> <li>- Único acceso a las cuentas institucionales</li> <li>- Rondas de verificación de material pertinente publicado en las carteleras institucionales</li> </ul>	Profesional universitaria comunicaciones
<b>REQUISITOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1499 MIPG 2017</li> <li>• Lineamientos nacionales de Gobierno corporativo TICS</li> <li>• Guía para la rendición de cuentas del DAFP.</li> <li>• Decreto 1712 de 2015</li> </ul>		
<b>INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>		
Plan de comunicaciones Fotografías de los diferentes eventos internos y externos Boletines internos y externos Diseños elaborados Publicaciones realizadas en el sitio web Información a divulgar en las diferentes áreas		
<b>CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>Riesgo</b>	<b>Causas</b>	<b>Controles</b>
Comunicación no asertiva	Partes interesadas	Mantener periódicamente informado al

	Falta de conocimiento de la entidad.	personal interno y externo sobre las novedades de la entidad. A través del boletín interno Carisma Al Día, spark y carteleras.
Rumor	Personal mal informado, afectación del clima laboral de manera negativa.	Información real y oportuna.
Página web desactualizada	Desconocimiento del público interno y externo sobre la realidad de la entidad.	La información suministrada por los procesos debe ser oportuna y real (comunicados a los diferentes procesos). Pantallazo de evidencia a publicaciones realizadas.

#### INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

##### Indicador de Plan de Comunicaciones

##### Indicador de Rendición de Cuentas

**INDICADOR.** Son instrumentos útiles para medir el logro de las metas u objetivos. Un indicador es una señal que se puede observar y medir fácilmente. Es la conjugación mínima de dos variables específicas, verificables objetivamente, para determinar los cambios o resultados de una actividad, objetivo o meta.

#### CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)

Listado Maestro

**Objetivo:** Crear estrategias comunicativas posibilitando que la información interna y externa difundida desde el hospital sea oportuna y clara para sus diferentes grupos de interés.

**Alcance:** Desde el diseño y formulación de las estrategias comunicacionales hasta la ejecución de planes de mejoramiento.

**Responsables:** Gerencia - Profesional universitaria - Comunicadora

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Plan de Gestión de la ESE Hospital Carisma de la actual administración.</li> <li>❖ Planes de Acción de cada proceso para la vigencia.</li> <li>❖ Necesidades de comunicación interna y externa en cada proceso.</li> <li>❖ Planes de mejoramiento del proceso de comunicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo.</li> <li>• Conexión a red, internet.</li> <li>• Papelería y útiles de oficina.</li> <li>• Impresora.</li> <li>• Cámara fotográfica.</li> <li>• Acceso a diseño gráfico.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Página web</li> </ul> </li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1499 MIPG 2017</li> <li>• Lineamientos nacionales de Gobierno corporativo</li> <li>• Guía para la rendición de cuentas del DAFP.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1712 de 2015</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliente interno informado y satisfecho con la información difundida.</li> <li>• Medios de comunicación internos actualizados.</li> <li>• Canales de comunicación internos efectivos y eficaces.</li> </ul>

El Plan Estratégico de Comunicaciones tiene como finalidad dar continuidad al proceso de posicionamiento de la imagen institucional de la entidad y la gestión de estrategias de comunicación, que le permita a la ciudadanía conocer acerca de los servicios que presta la ESE Hospital Carisma. Las siguientes son las actividades que acoge el Plan de Comunicaciones:

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Boletín interno, dirigido a los funcionarios con información actualizada sobre el qué hacer diario de la institución.	Profesional universitaria comunicadora	Correos electrónicos, spark y carteleras

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Carteleras con información actualizada. Actualizar periódicamente las carteleras institucionales, las cuales involucren público interno como externo.	Profesional universitaria comunicadora	Carteleras actualizadas
2	Asesoría en la programación y realización de eventos y campañas institucionales de la entidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Inicia con la participación en el comité organizador, en algunos casos asumir la coordinación del evento.</li> <li>❖ Definir cronograma y acciones a emprender</li> <li>❖ Definir piezas de comunicación y publicitarias en el marco de la imagen corporativa de la institución.</li> <li>❖ Convocatoria y difusión del evento.</li> <li>❖ Cubrimiento fotográfico</li> <li>❖ Se finaliza con la ejecución total del evento.</li> <li>❖ Participar en la evaluación del evento.</li> </ul>	Profesional universitaria comunicadora	Fotografías, actas de reunión, difusiones por los medios de comunicación internos y externos.
3	Administración de contenidos de la página web. Allí se suministra información para el público externo; dando cumplimiento al Decreto 1712 de 2015.	Profesional universitaria comunicadora y dependencias concernientes al tema a publicar	Publicaciones realizadas en la página web
4	Difusiones: Este procedimiento inicia con la recolección de la información de la ESE, continua con divulgación por los medios internos y termina con el archivo de soportes impresos.	Profesional universitaria comunicadora y dependencias concernientes al tema a publicar	Soportes impresos
5	Boletines de prensa: Envío de información a los medios de comunicación con información veraz y oportuna sobre las novedades de la institución.	Profesional universitaria comunicadora y dependencias concernientes al tema a publicar	Boletines emitidos y enviados
6	Ruedas de prensa: Este proceso inicia cuando se estime conveniente en la Gerencia. Allí se proporciona información completa a los periodistas para la difusión del tema a tratar.	Profesional universitaria comunicadora y dependencias	Registro fotográfico e información registrada por los medios.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		concernientes al tema a publicar	
7	Publicidad en programas de televisión informativos, abordando temas relacionados con la salud mental y drogas, con fines informativos, educativos, y posicionamiento de la imagen de la entidad.	Profesional universitaria comunicadora	Programas de televisión emitidos
8	<p><u>Material educativo para convenios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Inicia con la recepción de la solicitud</li> <li>❖ Definición de contenidos y elementos a realizar</li> <li>❖ Invitación a proveedores a cotizar</li> <li>❖ Proceso de compras</li> <li>❖ Producción de material</li> <li>❖ Aprobación de textos y realización de correcciones</li> <li>❖ Revisión y corrección del material</li> <li>❖ Aprobación definitiva</li> <li>❖ Distribución del material</li> </ul>	Profesional universitaria comunicadora y dependencias solicitantes	Material educativo entregado
9	<p><u>Elaboración y asesoría para presentaciones audiovisuales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Inicia con la solicitud de elaboración o asesoría</li> <li>❖ En caso de asesoría, se realiza el envío de la plantilla actualizada con pautas de cómo realizar una presentación llamativa y creativa.</li> <li>❖ En caso de elaboración, recolección de la información a proyectar y material audiovisual de apoyo. Luego se procede a revisión para correcciones y finalmente aprobación para entrega en medio magnético.</li> </ul>	Profesional universitaria comunicadora y dependencias solicitantes	Envío de presentación en medio magnético a público interno de la institución.
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Video institucional:</u></li> <li>❖ <u>Este se realiza de acuerdo a la necesidad que contemple la administración vigente. Estos son los pasos a seguir:</u></li> <li>❖ Actualmente es una necesidad del área de comunicaciones.</li> <li>❖ Enviar la justificación a la Subdirección Administrativa y Financiera</li> <li>❖ Iniciar proceso de compras</li> </ul>	Profesional universitaria comunicadora	Video institucional entregado en diversos formatos y socializado con el público interno y externo.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Se debe identificar el enfoque y ejes temáticos del video institucional.</li> <li>❑ Solicitar información a las diferentes áreas de la empresa.</li> <li>❑ Redactar el guión literario</li> <li>❑ Revisión inicial por parte de Gerencia y coordinadores de áreas</li> <li>❑ Hacer cronograma de producción y definir fechas, lugares y testimonios.</li> <li>❑ Revisión de video editado, realizar ajustes y finalmente entregar el producto.</li> </ul>		
12	<p><b>Redes sociales</b> Publicación de información de interés para público interno y externo.</p>	Profesional universitaria comunicadora	Publicaciones realizadas en las redes sociales

**Definiciones:**

- ❑ **Comunicación:** Es el proceso que permite dar a conocer la información de manera lógica, clara y oportuna entre un emisor y uno o varios receptores, ya sea en forma oral, escrita o cualquier otro medio, con la finalidad de que exista retroalimentación entre los servicios de la ESE.
- ❑ **Comunicación interna:** Es aquella que va dirigida al público interno del Hospital, es decir colaboradores (personal asistencial y administrativo), además de los miembros de Junta Directiva. Tiene como fin dar a conocer los hechos que suceden en la Institución y apoyar los procesos de formación e información de las distintas áreas.
- ❑ **Comunicación organizacional:** Es el proceso entre los miembros de una organización que implica la creación e intercambio (recepción y envío) de mensajes, teniendo en cuenta las características de la organización y las propiedades del ambiente organizacional.
- ❑ **Comunicación descendente:** Es aquella que se establece a partir de los niveles más altos de una organización y se dirige hacia los puestos más bajos.
- ❑ **Comunicación ascendente:** Se establece a partir de los puestos más bajos de una organización y se dirige hasta los niveles gerenciales o de dirección más altos.



- ❖ **Mensaje:** se define como cualquier tipo de estímulo, que al ser recibido o interpretado por un miembro de la organización genera una respuesta o significado.
- ❖ **Periodicidad:** Calidad de lo que ocurre o se efectúa cada cierto espacio de tiempo, repetición regular.
- ❖ **Plan de comunicaciones:** Es el conjunto de estrategias organizacionales internas diseñadas para alcanzar el logro de los objetivos, las metas y las actividades institucionales.
- ❖ **Público Objetivo:** Es el segmento, grupo o conjunto de personas definidas o seleccionadas según áreas, rasgos o características específicas.
- ❖ **Medio de comunicación o difusión:** Es el instrumento o instrumentos existentes para realizar determinado proceso comunicacional, de transmisión de mensajes o información.
- ❖ **Impreso:** Libro, folleto u hoja que se ha obtenido con el arte de la imprenta.
- ❖ **Evento:** se refiere a cualquier acontecimiento, circunstancia, suceso o caso posible. Así, se dice eventualmente o ante todo evento en previsión de algo que, conjetural o previsiblemente, pudiera ocurrir en una circunstancia determinada y es generalmente un hecho imprevisto.
- ❖ **Información:** Conjunto organizado de datos que permite la toma de decisiones en una organización.
- ❖ **Fuente:** Origen de algo, causa o principio. Persona que origina la información.
- ❖ **Campañas:** es el conjunto de actos que se llevan a cabo con la intención de lograr un determinado objetivo.

#### **Documentos de Referencia:**

La comunicación corporativa: un elemento clave para la empresa

#### **Formatos:**

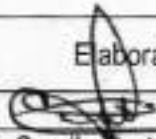
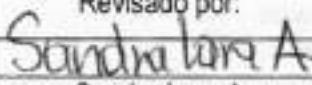
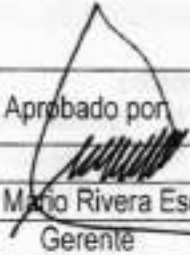
- ❖ Plantilla de presentaciones
- ❖ Plan de comunicaciones
- ❖ Membretes de comunicados externos e internos

#### **Riesgos del procedimiento**

Se registran los principales riesgos del procedimiento, así como las consecuencias que se puedan derivar de su presencia y los controles para minimizarlos o eliminarlos.

Riesgo	Consecuencias	Controles
Comunicación no asertiva	Partes interesadas desinformadas. Falta de conocimiento de la entidad.	Mantener periódicamente informado al personal interno y externo sobre las novedades de la entidad. A través del boletín interno Carisma Al Día, spark, carteleras.
Rumor	Personal mal informado, afectación del clima laboral de manera negativa.	Información real y oportuna.
Página web desactualizada	Desconocimiento del público externa de la realidad de la entidad.	La información suministrada por los procesos debe ser oportuna y real (comunicados a los diferentes procesos).

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Camila Cartagena López	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Comunicadora Social	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Propiciar los espacios para socializar y retroalimentar la gestión pública y construir espacios de participación vinculando activamente a diversos actores de carácter público, privado y comunitario, fortaleciendo la relación entre las administraciones territoriales y la ciudadanía, en aras de alcanzar mayores niveles de desarrollo territorial y de bienestar general.

**Alcance:** Inicia con la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la gestión alcanzada en cada uno de los procesos de la ESE Hospital Carisma y termina con la socialización de la Rendición de cuentas a la comunidad en general.

**Responsables:** Desarrollo Organizacional, comunicaciones, Subdirecciones Administrativa y financiera, y Subdirección Asistencial

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Informes de gestión por cada área Administrativa y Financiera. Asistencial	Hardware, software, internet, medios audiovisuales, auditorio.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
Constitución política Guía para la rendición de cuentas de DAFT Manual único de Rendición de cuentas CONPES 3654 de 2010 Ley 1712 de 2014	Audiencia Pública de rendición de cuentas

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/REGISTRO
<b>ANTES DE LA AUDIENCIA PUBLICA</b>			
1	Reunión del Equipo Directivo con la finalidad de dar cumplimiento a la normatividad vigente en el Manual de Rendición de cuentas e Informes de Gestión para audiencia pública para solicitar la información correspondiente al área de Gestión Asistencial y área de Gestión administrativa y Financiera	Equipo Directivo	Informes área Administrativa y Financiera, área Asistencial:
	<b>Informe:</b>  - Estados Financieros - Informes de los entes de control - Resultados plan de gestión institucional - planes de mejora	Área Administrativa	Informe del área

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p><b>Informe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Transparencia, participación y servicio al ciudadano (indicadores de satisfacción del usuario)</li> <li>-RIPS 2018 e interpretación de los mismos</li> <li>-Informes de los entes de control</li> <li>- Gestión en el programa de Metadona</li> <li>-Área de programas y proyectos</li> <li>-Resultados plan de gestión Institucional</li> <li>- planes de mejora</li> </ul>	Área Asistencial	Informe del área
2	Recopilación de la información e informe final para la audiencia pública de rendición de cuentas, con cada una de las áreas.	Desarrollo Organizacional	Presentación Power point
3	De acuerdo a la información suministrada por la asesora de Desarrollo Organizacional sobre los resultados de las diferentes áreas, se debe proyectar el informe unificado.	comunicaciones	Presentación Power point- final para revisión de Gerencia
4	<p><b>Solicitud del espacio en el cual se realizará la audiencia pública</b></p> <p>De acuerdo a la fecha y el lugar pactado por la institución, se debe reservar mediante escrito la locación a la audiencia pública de Rendición de Cuentas</p>	Profesional universitaria comunicadora	Documentos de correspondencia radicados
5	<p><b>Comité Organizador</b></p> <p>Participar en la convocatoria del comité organizador. Elaborar acta de reunión y participar en el plan organizador de la audiencia.</p>	Profesional universitaria comunicadora, Desarrollo Organizacional, Subdirecciones, Control Interno, Atención al Usuario, Asociación de Usuarios, Programas y Mercadeo	Acta de reunión
6	<p><b>Divulgar audiencia pública</b></p> <p>Se realizan las diferentes actividades de divulgación de la audiencia pública a los ciudadanos con tres meses de anticipación, a través de canales internos y externos.</p>	Profesional universitaria comunicadora	Publicaciones realizadas

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
7	<b>Identificación de organizaciones</b> Se identifican las organizaciones y entidades a las cuales se les enviará la invitación a la Rendición de Cuentas.	Profesional universitaria comunicadora	Comunicaciones radicadas y correos enviados
8	<b>Realización de invitación</b>	Profesional universitaria comunicadora	invitación
9	<b>Organización logística</b> Se organiza la logística de la audiencia pública, identificando del lugar, hora, duración, número de invitados, personas esperadas, protocolo y moderación ese día, pendón institucional, refrigerios, material educativo y listados de asistencia, medios audiovisuales.	Profesional universitaria comunicadora	Fotografías y listado de asistencia
10	<b>Convocar por medios masivos</b> Se convoca 30 días antes por los medios masivos de comunicación disponibles. Se realiza boletín de prensa con invitación a medios para este día.	Profesional universitaria comunicadora	Registro de información emitida por los diferentes medios
11	-El moderador presenta el orden del día y explica las reglas para el desarrollo de la audiencia pública -Garantiza la intervención de los participantes. -Conduce el desarrollo de la Audiencia Pública. -Vela por que los participantes (ciudadanos, representantes de organizaciones civiles y funcionarios) respeten el espacio otorgado, así como las opiniones, comentarios, sugerencias, propuestas, preguntas y/o reclamos que se presenten en desarrollo de cada una de las intervenciones con un tiempo máximo de tres (3) minutos. -Garantiza que las intervenciones se hagan sobre las temáticas establecidas en el "Informe de Gestión año 2018" y de acuerdo a las preguntas inscritas. -Intervenciones en temáticas diferentes a las establecidas no serán permitidas.	Profesional universitaria comunicadora	Interacción con el público

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	-De igual forma, garantizará que la respuesta dada por la entidad, responda adecuadamente las opiniones, comentarios, sugerencias, propuestas, preguntas y/o reclamos que se presenten en desarrollo de cada una de las intervenciones.		
12	<b>Entrega de formatos</b>  Previamente en la realización de la convocatoria se difunde y se pone a disposición de la ciudadanía, un formato el cual contiene espacios para preguntas que serán resueltas en la audiencia pública. De igual manera, se entrega en la audiencia a todos los asistentes, junto con el formato de evaluación. Antes de finalizar la presentación de resultados, los organizadores deberán recoger los formatos para dar respuesta en la audiencia.	Profesional universitaria comunicadora	Formatos diligenciados
13	Después de terminada la audiencia pública de rendición de cuentas serán consignados en un documento de las memorias de la Audiencia Pública, el cual incluirá un resumen del desarrollo de la audiencia, así como una relación de las opiniones, comentarios, sugerencias, propuestas, preguntas y/o reclamos que se presenten en desarrollo de cada una de las intervenciones del público, con las respuestas correspondientes. Igualmente, incluirá además, las respuestas a aquellas preguntas que no fueron resueltas durante la audiencia.	Profesional universitaria comunicadora, atención al usuario	Informe y acta final de rendición de cuentas
14	<b>Publicación de Presentación y acta en sitio web</b>  Anterior a la audiencia pública, se debe publicar en el sitio web el informe que se presentará a la ciudadanía.  Posteriormente a la audiencia pública, se debe publicar en el sitio web el acta y listado de asistencia.  Publicación en página de la Supersalud en el formato GT003	Profesional universitaria comunicadora, Atención al Usuario, Desarrollo Organizacional	Pantallazo de publicaciones realizadas e informes, acta y entrega a entidades de control(supersalud)

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Entrega de links de publicaciones a Desarrollo Organizacional.		
	Envío de presentación y acta (con preguntas y respuestas respondidas a la comunidad) de la audiencia pública al Jefe de Control Interno. Con plazo no posterior a quince días posteriores.		

**Definiciones:**

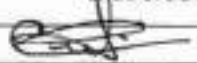
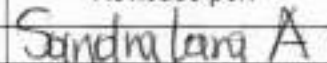
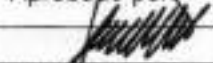
- ❖ **Rendición de cuentas:** La rendición de cuentas es un espacio de interlocución entre los servidores públicos y la ciudadanía. Tiene como finalidad generar transparencia, condiciones de confianza entre gobernantes y ciudadanos y garantizar el ejercicio del control social a la administración, sirviendo además de insumo para ajustar proyectos y planes de acción para su realización.
- ❖ **Audiencia Pública:** La audiencia pública es un mecanismo o una instancia de participación. La Ley 489 de 1998, sobre la organización y funcionamiento de entidades del orden nacional, establece algunos parámetros para que usted como ciudadano exprese su opinión frente a la ejecución de los recursos públicos.
- ❖ **Participación ciudadana:** Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.
- ❖ **Asociación de usuarios:** Según lo establecido en el decreto 1757 de 1994, la alianza o asociación de usuarios es una agrupación de afiliados que tienen por derecho los servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, que velaran por la calidad del servicio y defensa del usuario.
- ❖ **Rendición de cuentas:** es la acción, como deber legal y ético, que tiene todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes o recursos públicos asignados y los resultados en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido.

Este surge como un mecanismo que permite recibir QUEJAS de la comunidad sobre el uso de los recursos públicos, y a la vez las entidades estatales le rinden cuentas a la ciudadanía sobre su gestión.

- ❖ **Comunicación:** Es el proceso que permite dar a conocer la información de manera lógica, clara y oportuna entre un emisor y uno o varios receptores, ya sea en forma oral, escrita o cualquier otro medio, con la finalidad de que exista retroalimentación entre los servicios de la ESE.
- ❖ **Público Objetivo:** Es el segmento, grupo o conjunto de personas definidas o seleccionadas según áreas, rasgos o características específicas.
- ❖ **Medio de comunicación o difusión:** Es el instrumento o instrumentos existentes para realizar determinado proceso comunicacional, de transmisión de mensajes o información.
- ❖ **Evento:** se refiere a cualquier acontecimiento, circunstancia, suceso o caso posible. Así, se dice eventualmente o ante todo evento en previsión de algo que, conjetural o previsiblemente, pudiera ocurrir en una circunstancia determinada y es generalmente un hecho imprevisto.
- ❖ **Información:** Conjunto organizado de datos que permite la toma de decisiones en una organización.
- ❖ **Fuente:** Origen de algo, causa o principio. Persona que origina la información.
- ❖ **Campañas:** es el conjunto de actos que se llevan a cabo con la intención de lograr un determinado objetivo.

**Formatos:**

- ❖ Listado de asistencia
- ❖ Formato de evaluación
- ❖ Formato de preguntas
- ❖ Presentación en Power Point

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Camila Cartagena López	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Comunicadora Social	Desarrollo Organizacional	Gerente





**GESTIÓN DIRECCIÓN  
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN**

**CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

Código: GD-C-CAR:05

Versión:01

Fecha actualización:12/04/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Conocer, tramitar y fallar en primera instancia, todos los procesos disciplinarios que se adelanten contra los servidores y ex servidores públicos municipales, a fin de evitar incursión de faltas disciplinarias al interior de la entidad de acuerdo a lo dispuesto a la ley 734 de 2002

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Desde la solicitud para realizar una investigación o la iniciación de manera oficiosa hasta la terminación del proceso disciplinario.

**LIDER DEL PROCESO**

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Profesional Universitario control Interno Disciplinario

Todo el personal

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
		Plataforma Estratégica Planes Operativos Anuales Políticas de Gestión Organizacional Código de ética Modelo de Procesos Estructura Orgánica Acuerdos de Gestión		Elaborar planeación anual de las actividades del proceso.  Establecer los recursos necesarios que garanticen la ejecución de las actividades y Planes programados.  Participar en la inducción del personal Nuevo que ingresa con Respecto a los temas del Código Unico Disciplinario.		Plan operativo anual.  Necesidades de talento humano.  Necesidades para el plan de compras.  Notificación de las actuaciones efectuadas durante la investigación disciplinaria.		Proceso direccionamiento Institucional.  Proceso de Gestión Administrativa.  Disciplinario y/o su Defensor.
		Programas de fomento de la cultura del autocontrol efectuados.						

Proceso de Gestión Jurídica		Efectuar indagación preliminar		Disciplinario y/o su Defensor y funcionario que Debe ejecutar la sanción.
Proceso de Planeación y Gestión de la Calidad	<p>Normativa vigente en Salud y Gestión Pública.</p> <p>Conceptos jurídicos. Asesoría para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y del Sistema de Control Interno.</p> <p>Plan de comunicaciones</p> <p>Modelo para la documentación de Procesos</p>	Ejecutar investigación Disciplinaria	<p>Fallos</p> <p>Registro de la Sanción.</p> <p>Informes de Gestión</p> <p>Informe Adherencia a los procesos.</p> <p>Autoevaluación, Resultados de indicadores y planes de mejoramiento de los procesos</p>	<p>División de registro, control Y correspondencia de la Procuraduría General de la Nación.</p> <p>Proceso de planeación y gestión de calidad.</p> <p>Proceso de gestión y Control Interno.</p>
Proceso Gestión Administrativa	<p>Mapa de Riesgos (Consolidado de todos los Procesos)</p> <p>Programa de Seguridad del Paciente</p> <p>Recursos provistos (plan de mantenimiento, talento humano, insumos,</p>			

<p>Proceso de Control Interno</p>	<p>Servicio aseo, entre otros).</p> <p>Programa de gestión ambiental de residuos hospitalarios.</p>				
<p>Servidor público u otro medio que amente Credibilidad</p> <p>Cualquier persona</p>		<p>Formular pliego de cargos u ordenar Archivo de la actuación.</p> <p>Recibir descargos, Practicar pruebas y Fallar.</p>			
<p>Proceso de Control Interno</p>	<p>Hallazgos de evaluación independiente que puedan requerir investigación Disciplinaria.</p>	<p>Tramitar recursos.</p> <p>Ejecutar y registrar las sanciones.</p>			
	<p>Quejas o denuncia</p> <p>Informe de auditoría al Proceso de control interno disciplinario.</p>	<p>Recolectar la información para la elaboración de los indicadores del proceso</p> <p>Elaborar acciones Preventivas, correctivas y de mejora.</p>			

	Informes de auditoría a la Administración del riesgo en los procesos de la entidad.				
RECURSOS					
HUMANOS		TECNOLOGICOS		INFRAESTRUCTURA	
Oficina Control Disciplinario		Computador, grabadora		Oficina exclusiva	
CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO					
¿Que controla?		¿Cómo lo controla?		¿Quién lo controla?	
-Informe de queja mediante oficio radicado -documentos anexos al expediente		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de los términos legales de los procesos disciplinarios existentes.</li> <li>• Verificación inventario de expedientes.</li> <li>• Revisión de las decisiones tomadas dentro de los procesos disciplinarios.</li> <li>• Revisión de los informes antes de su presentación.</li> </ul>		Profesional Universitario control Interno disciplinario	
REQUISITOS					
Constitución Política, Ley 734 de 2002. Ley 30 de 1992. Ley 80 de 1993. Ley 100 de 1993. Ley 190 de 1995. Ley 1150 de 2007. Código Contencioso Administrativo. Código Penal y de Procedimiento Penal. Código de Procedimiento Civil.					
INFORMACIÓN DOCUMENTADA					
Procedimiento ordinario control interno disciplinario Procedimiento verbal control interno disciplinario					
CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción o archivo de la investigación por incumplimiento de términos legales.</li> <li>• Sustracción de expedientes disciplinarios.</li> <li>• Falta de veracidad y demora en la presentación de informes de expedientes disciplinarios.</li> <li>• Emisión de decisiones no ajustadas a la Ley Disciplinaria</li> </ul>					
INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
-(Número de denuncias disciplinarias tramitadas/ número de denuncias disciplinarias recibidas en el trimestre)*100 Número de denuncias disciplinarias tramitadas Tramitar y el 100% de los procesos disciplinarios recibidos. - Número de servidores públicos capacitados en procesos disciplinarios/Número de servidores programados para capacitar en el trimestre.					

**Objetivo:** Garantizar la efectividad en el cumplimiento de los principios y fines previstos en la constitución y la ley en relación con el control interno disciplinario que deben mantener los empleados de la institución ESE HOSPITAL CARISMA en el ejercicio de la función pública.

**Alcance:** La investigación disciplinaria iniciara con la indagación preliminar para verificar la ocurrencia de la conducta y determinar si es constitutiva de la falta disciplinaria y termina con la ejecución y registro de las sanciones a que haya lugar o con el archivo del expediente en caso contrario.

**Responsables:** Control Interno Disciplinario

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	<p><b>Recepción del Informe de Queja:</b></p> <p>Se recibe la queja o el informe de la queja por parte del Jefe de Recursos Humanos de la E.S.E. CARISMA</p> <p>Revisa que la firma del documento esté en original, los memorandos remisorios, y que los seguimientos de procesos internos tengan fecha.</p> <p>Pasa al profesional de Control Interno Disciplinario de la E.S.E CARISMA para que revise la documentación aportada con la queja, reclamo o sugerencia.</p>	<p>Jefe gestión humana</p> <p>Gerente</p> <p>Control interno Disciplinario</p>	Oficio radicado
2	<p><b>Revisión del Informe de Queja:</b></p> <p>Revisa los documentos enviados.</p> <p>Si se remitió documentación anexa a la queja se debe verificar que se hayan aportado los soportes pertinentes.</p> <p>Procede a iniciar diligencias preliminares o investigación disciplinaria y por último identifica claramente la violación de los principios generales de la acción disciplinaria o que la acción no haya prescrito. (Artículo 29 y s.s. Causales de extinción de la acción disciplinaria)</p>	Control Interno Disciplinario	Queja, anexos soportes

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Son de su competencia y resorte las decisiones que se tomen por parte del profesional de Control Interno Disciplinario de la E.S.E. CARISMA		
3	Envío del informe de la queja	Control interno Disciplinario	Informe
4	<b>Trámite disciplinario del Informe:</b> Si las pruebas son contundentes, el profesional de Control Interno Disciplinario mediante informe procederá con el trámite al proceso disciplinario.	Control Interno Disciplinario	Informe de proceso
5	<b>Indagación preliminar:</b> Recibe, organiza y estudia el expediente. Luego dicta auto de indagación preliminar o inicia proceso de investigación disciplinaria. Determina si la acción disciplinaria es procedente, verifica los anexos o documentos enunciados. Solicita los anexos o documentos que faltan o que no sean claros al Profesional de gestión humana. La indagación preliminar tendrá una duración de seis (6) meses y culminará con el archivo definitivo o auto de apertura.	Control Interno Disciplinario	Expediente
6	<b>Auto de Apertura de la investigación disciplinaria:</b> Proyecta el auto de apertura de la investigación, el cual debe contener los requisitos de ley. Dar aviso inmediato a la Oficina de Registro y Control de la Procuraduría General de la Nación y al funcionario competente de esta entidad o de la personería correspondiente, para que decida sobre el ejercicio del poder disciplinario preferente.	Control Interno Disciplinario	Oficio a la oficina de registro y control

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	El expediente estará bajo custodia por el profesional de control interno disciplinario para las notificaciones y comunicaciones a las partes interesadas.		
7	<p><b>Notificación del Auto de Apertura:</b> Elabora citas, comunicaciones y entrega a las partes interesadas, donde se indicará que puede designar defensor.</p> <p>Notifica personalmente el auto de apertura, cuando sea el caso.</p> <p>Dar reconocimiento de personería a un abogado designado por el investigado, en caso tal de ser designado.</p> <p>El término de la investigación disciplinaria será de seis (6) meses, contados a partir de la decisión de apertura, por regla general a excepción de Ley.</p>	Control Interno Disciplinario	Notificación de apertura
8	<p><b>Calificación o evaluación del proceso:</b></p> <p>Vencido el término de la investigación preliminar el Profesional de Control Interno Disciplinario, evaluará y adoptará la decisión de cargos.</p> <p>De no reunirse los requisitos de Ley, se archivará las diligencias.</p> <p>Si hicieren falta pruebas que puedan modificar la situación se prorrogará la investigación hasta por la mitad del término.</p>	Control Interno Disciplinario	evaluación
9	<p><b>Pautas de la etapa de investigación disciplinaria:</b></p> <p>Para desarrollar la etapa del proceso de investigación disciplinaria se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Decretar las pruebas que se consideren conducentes y pertinentes.</li> </ol>	Control Interno Disciplinario.	expediente

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Decretar las medidas cautelares a que hubiere lugar previa información de las oficinas donde se encuentran registrados bienes muebles o inmuebles del presunto responsable (tránsito, bancos, registro de instrumentos públicos, etc.).</li> <li>3. Comunicar a la aseguradora para vincularla al proceso, cuando exista póliza.</li> <li>4. Adelantar proceso dentro de los términos establecidos en la ley 734/2002.</li> <li>5. Expedir auto motivado de prórroga si es necesario.</li> <li>6. Verificar que el presunto responsable haya sido escuchado en versión libre; si no, asignarle apoderado de oficio.</li> <li>7. Remitir el conocimiento a otras instancias si es del caso.</li> <li>8. Realizar las actas de pago voluntario Propuestas por el presunto responsable a nivel disciplinario.</li> <li>9. Declarar la caducidad disciplinaria, si existe causal legal.</li> <li>10. Declarar las nulidades, si existe causal legal.</li> <li>11. Suspender los términos del proceso, si existe causal legal.</li> </ol>		
10	<p><b>Suspensión Provisional:</b></p> <p>Por faltas calificadas como gravísimas o graves, durante la investigación disciplinaria el Profesional de Control Interno Disciplinario podrá ordenar motivadamente la suspensión provisional del servidor público, sin derecho a remuneración alguna, siempre y cuando se evidencien serios elementos de juicio que permitan establecer que la permanencia en el cargo posibilita la interferencia del autor de la falta en el trámite de la investigación o permite que continúe cometiéndola o que la reitere. El término de la suspensión provisional será de tres meses, prorrogable hasta en otro tanto. Dicha</p>	Control Interno Disciplinario	



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>suspensión podrá prorrogarse por otros tres meses, una vez proferido el fallo de primera o única instancia.</p> <p>Cuando desaparezcan los motivos que dieron lugar a la medida, la suspensión provisional deberá ser revocada en cualquier momento por el Profesional de Control Interno Disciplinario.</p>		
11	<p><b>Decisión de evaluación:</b></p> <p>Cuando se haya recaudado prueba que permita la formulación de cargos, o vencido el término de la investigación, dentro de los quince (15) días siguientes, el Profesional de Control Interno Disciplinario mediante decisión motivada, evaluarán el mérito de las pruebas recaudadas y formularán pliego de cargos contra el investigado u ordenará el archivo de la actuación, según corresponda.</p> <p>El funcionario de conocimiento formulará pliego de cargos cuando esté objetivamente demostrada la falta y exista prueba que comprometa la responsabilidad del investigado. Contra esta decisión no procede recurso alguno.</p> <p>Para la decisión de cargos deberá estarse a lo prescrito en el artículo 163 de la Ley 734 de 2002.</p> <p>El pliego de cargos se notificará personalmente al procesado o a su apoderado si lo tuviere.</p> <p>Si dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación no se ha presentado el procesado o su defensor, si lo tuviere, el Profesional de control interno disciplinario procederá a designar defensor de oficio con quien se surtirá la notificación personal, las restantes notificaciones se surtirán por estado.</p>	Control Interno Disciplinario	
12	<b>Descargos, pruebas y fallo:</b>		

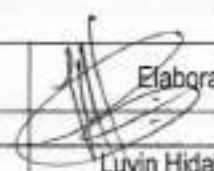
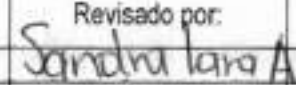

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>Notificado el pliego de cargos, el expediente quedará en la Oficina de control interno disciplinario, por el término de diez (10) días, a disposición de los sujetos procesales, quienes podrán aportar y solicitar pruebas. Dentro del mismo término, el investigado o su defensor, podrán presentar sus descargos.</p> <p>La renuencia del investigado o de su defensor a presentar descargos no interrumpe el trámite de la actuación.</p> <p>Vencido el término de diez (10) días, el funcionario ordenará la práctica de las pruebas que hubieren sido solicitadas, de acuerdo con los criterios de conducencia, pertinencia y necesidad.</p> <p>El Profesional de Control Interno Disciplinario ordenará de oficio las que considere necesarias. Las pruebas ordenadas se practicarán en un término no mayor de noventa (90) días.</p> <p>Si no hubiere pruebas que practicar, el funcionario de conocimiento proferirá el fallo dentro de los veinte (20) días siguientes al vencimiento del término para presentar descargos, o al del término probatorio, en caso contrario.</p> <p>El contenido del fallo deberá ser motivado y estarse a lo dispuesto en el artículo 170 de la Ley 734 de 2002.</p>		
13	<p><b>Recurso de Reposición:</b></p> <p>Recibe y analiza los fundamentos del recurso de reposición.</p> <p>Proyecta auto que resuelve el recurso de reposición.</p> <p>Revisa y estudia fundamentos del recurso de reposición contra el fallo. Proyecta auto que resuelve recurso de</p>	Control Interno Disciplinario.	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	reposición y en caso de no prosperar pasa el expediente al gerente de la ESE HOSPITAL CARISMA, en caso de que se halla interpuesto recurso de apelación.		
14	<p><b>Envío del expediente:</b></p> <p>Se envía el expediente al Gerente de la E.S.E. HOSPITAL CARISMA para su conocimiento.</p>	Gerente	
15	<p><b>Trámite del Recurso de Apelación:</b></p> <p>Recibe y estudia el recurso de apelación; deberá decidir dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha en que hubiere recibido el proceso, si lo considera necesario, decretará pruebas de oficio, en cuyo caso el término para proferir el fallo se ampliará hasta en otro tanto.</p> <p>Profiere auto que resuelve el recurso de apelación, pasa a control interno disciplinario para notificar la providencia que resuelve el recurso.</p> <p>Para el pago y plazo de la multa deberá estarse a lo dispuesto en el artículo 173 de la Ley 734 de 2002.</p> <p>Si se confirma el fallo se remite y radica en la división de Registro y Control y Correspondencia de la Procuraduría General de la Nación, para efectos de la</p>	Gerente	

**Definiciones:**

- ✓ **Disciplinado(a):** Persona en calidad de servidor público, trabajador oficial, particular que cumple funciones públicas u otra forma de vinculación laboral que puede ser objeto de ser investigado disciplinariamente.
- ✓ **Auto de inicio de indagación preliminar:** Decisión mediante la cual se inicia la etapa pre procesal, para determinar la ocurrencia del hecho, la causación del daño patrimonial, la entidad afectada y la determinación de los presuntos responsables. Artículo 150 y s.s. de la ley 734 de 2002.

- ✓ **Auto de apertura del proceso de responsabilidad disciplinaria:** Se dicta Cuando se encuentre establecida la existencia de una conducta irregular cometida de parte de un servidor público de la Empresa Social del Estado Hospital ESE CARISMA, a quien se le da el calificativo de disciplinado(a), de conformidad con lo establecido en el Artículo 197 de la Ley 734 de 2002.
- ✓ **Auto de imputación de cargos:** Providencia mediante la cual se compromete la responsabilidad disciplinaria de los disciplinados, cuando este demostrado mediante dolo o culpa la falta disciplinaria endilgada a los disciplinados y existan testimonios que ofrezcan serios motivos de credibilidad, indicios graves, documentos, peritación o cualquier otro medio probatorio que comprometa dicha responsabilidad. Artículo 150 de la Ley 734 de 2002.
- ✓ **Práctica de pruebas:** Etapa procesal dentro del proceso disciplinario mediante la cual el funcionario investigador puede practicar todas pruebas necesarias para cristalizar los hechos de investigación. Artículos 73 y 128 de la Ley 734 de 2002.
- ✓ **Fallo disciplinario:** Es el acto administrativo que contiene la decisión final, puede ser absolutorio o condenatorio.
- ✓ **Primera instancia:** Primera etapa del proceso que se adelanta ordinariamente cuando se conoce la posible ocurrencia de una falta disciplinaria.
- ✓ **Segunda instancia:** Etapa del proceso que tiene como objeto conocer y decidir el recurso de apelación interpuesto contra la decisión de primera instancia.
- ✓ **Archivo definitivo:** En cualquier etapa de la actuación disciplinaria en que aparezca plenamente demostrado que el hecho atribuido no existió, que la conducta no está prevista en la ley como falta disciplinaria, que el investigado no la cometió, que existe una causal de exclusión de responsabilidad, o que la actuación no podía iniciarse o proseguirse, el funcionario de conocimiento, mediante decisión motivada, así lo declarara y ordenara el archivo definitivo de las diligencias y en el evento consagrado en el inciso 3º del artículo 156 del Código Disciplinario Único, procederá el archivo de la investigación. Tal decisión hora tránsito a cosa juzgada.
- ✓ **Prueba:** Elementos que soportan la veracidad de una actuación

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Luvín Hidalgo Vidales	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Control Interno Disciplinario	Planeación y calidad	Gerente

**Objetivo:** Garantizar la efectividad en el cumplimiento de los principios y fines previstos en la constitución y la ley en relación con el control interno disciplinario que deben mantener los empleados de la institución ESE HOSPITAL CARISMA en el ejercicio de la función pública.

**Alcance:** La investigación disciplinaria iniciara con la indagación preliminar para verificar la ocurrencia de la conducta y determinar si es constitutiva de la falta disciplinaria y termina con la ejecución y registro de las sanciones a que haya lugar o con el archivo del expediente en caso contrario.

**Responsables:** Control Interno Disciplinario

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	<p><b>Procedimiento verbal:</b></p> <p>El procedimiento verbal se adelantará contra los servidores públicos en los casos en que el sujeto disciplinable sea sorprendido en el momento de la comisión de la falta o con elementos, efectos o instrumentos que provengan de la ejecución de la conducta, cuando haya confesión y en todo caso cuando la falta sea leve.</p> <p>También se aplicará el procedimiento verbal para las faltas gravísimas contempladas en el artículo 48 numerales 2, 4, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 32, 33, 35, 36, 39, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 62 de la Ley 734 de 2002.</p>	Control Interno Disciplinario	Grabación
2	<p><b>Competencia:</b></p> <p>Control Interno Disciplinario de la E.S.E.HOSPITAL CARISMA, es el órgano institucional competente para la aplicación del procedimiento verbal.</p> <p>Cuando el procedimiento verbal se aplique por las oficinas de control interno se deberá informar de manera inmediata, por el medio más eficaz, al funcionario competente de la Procuraduría General de</p>	Control Interno Disciplinario	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	la Nación o personerías distritales o municipales según la competencia.		
3	<p><b>Audiencia:</b></p> <p>Control Interno Disciplinario citará a audiencia al posible responsable, para que dentro del término improrrogable de dos (2) días rinda versión verbal o escrita sobre las circunstancias de su comisión. Contra esta decisión no procede recurso alguno.</p> <p>El investigado podrá aportar y solicitar pruebas, las cuales serán practicadas en la misma diligencia, dentro del término improrrogable de tres (3) días, si fueren conducentes y pertinentes. Si no fuere posible hacerlo se suspenderá la audiencia por el término máximo de cinco (5) días y se señalará fecha para la práctica de la prueba o pruebas pendientes.</p> <p>Control Interno Disciplinario, levantará acta en la que se consignará sucintamente lo ocurrido en ella.</p>	Control Interno Disciplinario	
4	<p><b>Adopción de la decisión:</b></p> <p>Concluidas las intervenciones se procederá verbal y motivadamente a emitir el fallo. La diligencia se podrá suspender, para proferir la decisión dentro de los dos (2) días siguientes.</p> <p>Los términos señalados en el procedimiento ordinario para la segunda instancia, en el procedimiento verbal, se reducirán a la mitad.</p>	Control Interno Disciplinario	
5	<p><b>Ejecutoria de la Decisión:</b></p> <p>La decisión final se entenderá notificada en estrados y quedará ejecutoriada a la terminación de la misma, si no fuere recurrida</p>	Control Interno Disciplinario	
6	<p><b>Recurso Apelación:</b></p>	Control Interno Disciplinario	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Contra el fallo proferido en audiencia sólo procede el recurso de apelación, que se interpondrá en la misma diligencia y se sustentará verbalmente o por escrito dentro de los dos (2) días siguientes.		
7	<b>Segunda instancia:</b> El recurso de apelación será decidido dos (2) días después por el respectivo superior	Gerente	

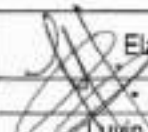
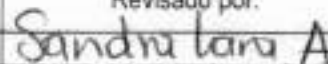
**Definiciones:**

- ✓ **Disciplinado(a):** Persona en calidad de servidor público, trabajador oficial, particular que cumple funciones públicas u otra forma de vinculación laboral que puede ser objeto de ser investigado disciplinariamente.
- ✓ **Auto de inicio de indagación preliminar:** Decisión mediante la cual se inicia la etapa pre procesal, para determinar la ocurrencia del hecho, la causación del daño patrimonial, la entidad afectada y la determinación de los presuntos responsables. Artículo 150 y s.s. de la ley 734 de 2002.
- ✓ **Auto de apertura del proceso de responsabilidad disciplinaria:** Se dicta Cuando se encuentre establecida la existencia de una conducta irregular cometida de parte de un servidor público de la Empresa Social del Estado Hospital ESE CARISMA, a quien se le da el calificativo de disciplinado(a), de conformidad con lo establecido en el Artículo 197 de la Ley 734 de 2002.
- ✓ **Auto de imputación de cargos:** Providencia mediante la cual se compromete la responsabilidad disciplinaria de los disciplinados, cuando este demostrado mediante dolo o culpa la falta disciplinaria endilgada a los disciplinados y existan testimonios que ofrezcan serios motivos de credibilidad, indicios graves, documentos, peritación o cualquier otro medio probatorio que comprometa dicha responsabilidad. Artículo 150 de la Ley 734 de 2002.
- ✓ **Práctica de pruebas:** Etapa procesal dentro del proceso disciplinario mediante la cual el funcionario investigador puede practicar todas pruebas necesarias para cristalizar los hechos de investigación. Artículos 73 y 128 de la Ley 734 de 2002.
- ✓ **Fallo disciplinario:** Es el acto administrativo que contiene la decisión final, puede ser absolutorio o condenatorio.

- ✓ **Primera instancia:** Primera etapa del proceso que se adelanta ordinariamente cuando se conoce la posible ocurrencia de una falta disciplinaria.
- ✓ **Segunda instancia:** Etapa del proceso que tiene como objeto conocer y decidir el recurso de apelación interpuesto contra la decisión de primera instancia.
- ✓ **Archivo definitivo:** En cualquier etapa de la actuación disciplinaria en que aparezca plenamente demostrado que el hecho atribuido no existió, que la conducta no está prevista en la ley como falta disciplinaria, que el investigado no la cometió, que existe una causal de exclusión de responsabilidad, o que la actuación no podía iniciarse o proseguirse, el funcionario de conocimiento, mediante decisión motivada, así lo declarara y ordenara el archivo definitivo de las diligencias y en el evento consagrado en el inciso 3° del artículo 156 del Código Disciplinario Único, procederá el archivo de la investigación. Tal decisión hora tránsito a cosa juzgada.

**Prueba:** Elementos que soportan la veracidad de una actuación.

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Luvin Hidalgo Vidales	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Control Interno Disciplinario	Desarrollo Organizacional	Gerente





	Información producida por cada uno de los procesos del sistema de gestión. Informes PQRSDf			procesos		
Gestión de Auditoría-hallazgos entes de control interno externo revisoría fiscal	Planes de mejoramiento del proceso auditado ( interno-externo) y propuesta de mejora	H	Realizar verificación de la eficacia de los planes de mejoramiento	Asesor de control interno	Estado de Planes de Mejoramiento (Abierto/ cerrado)	Desarrollo organizacional Todos los procesos Entes de control
Proceso Gestión de Auditoría	Informes de Auditoría	V	Verificar la ejecución del programa anual de auditoría interna	Asesor de control interno	Indicador analizado	Proceso Gestión de Auditoría
Proceso Gestión de Auditoría	Riesgos de los procesos	V	Realizar monitoreo y revisión de riesgos de los procesos	Asesor de control interno	Riesgos analizados de los procesos	Proceso Gestión de Auditoría
Entes de control Proceso Gestión de Auditoría	Informes de auditoría de Control Interno	V	Revisar Hallazgos de auditoría interna y externa	Asesor de control interno	Hallazgos de auditoría analizados	Proceso Gestión de Auditoría Desarrollo organizacional
Gestión de Atención al usuario	PQRDF	V	Analizar las PQRDF	Proceso Gestión de Atención al usuario Asesor de control	PQRDF analizadas Informe semestral de PQRDF	Gerencia Proceso Gestión de Atención al usuario

			interno.			
Proceso Gestión de Auditoría	Indicadores analizados	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Todos Los procesos Proceso Gestión de Auditoría Entes de control	Correcciones o ajustes Acciones correctivas Acciones preventivas Acciones de mejora Planes de Mejoramiento	Todos Los procesos Proceso Gestión de Auditoría Entes de control Desarrollo organizacional
Entes de control Proceso Gestión de Auditoría	Hallazgos de auditoría analizados	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Todos Los procesos Proceso Gestión de Auditoría Entes de control Desarrollo organizacional	Correcciones o ajustes Acciones correctivas Acciones preventivas Acciones de mejora Planes de Mejoramiento	Todos Los procesos Proceso Gestión de Auditoría Entes de control
<b>RECURSOS</b>						
<b>HUMANOS</b>		<b>TECNOLOGICOS</b>			<b>INFRAESTRUCTURA</b>	
Representante legal, Comité de gerencia y del Desempeño institucional, líderes de procesos, Jefe Oficina Asesora de Control Interno, Comité Institucional de coordinación de Control Interno, auditores funcionarios de todos los procesos		Equipos de cómputo. Redes de cómputo y comunicación, red interna, Internet y sistemas de información y documentos			Instalaciones locativas	
<b>CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO</b>						
¿Que controla?		¿Cómo lo controla?			¿Quién lo controla?	

La ejecución del plan anual de auditoría y informes de ley del sistema de control interno de la vigencia	En la verificación mensual de cumplimiento a la programación de auditorías internas igualmente a los informes de ley que se deban presentar en los tiempos establecidos por ley	Asesor de control interno
<b>REQUISITOS</b>		
Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015, Decreto 1499 de 2017, Decreto 648 de 2017 y decreto 612 de 2018 Guía de Administración del riesgo vigente Función Pública.		
<b>INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>		
Caracterización y Procedimiento de Auditoría Interna, Plan Anual de Auditoría, informe de hallazgos de auditoría, actas de apertura y cierre de Auditoría informes de ley del sistema de control interno, informes PQRDF.		
<b>CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO</b>		
Verificación de la realización mensual de las auditorías internas o la justificación del porque la no realización de la misma de manera justificada, igualmente la verificación de los informes de ley presentados por los medios que se requieran evidenciando de manera material el cumplimiento de ellos		
<b>INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO</b>		
<i>Verificación del Plan Anual de Auditoría: Evaluaciones independientes ejecutadas/ Evaluaciones independientes programadas</i>		
<b>CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)</b>		
Diciembre 04-2019		

**Objetivo** Describir la metodología a seguir para la planificación e implementación de las auditorías de Control Interno en la ESE HOSPITAL CARISMA

**Alcance** Inicia con la planificación del Plan Anual de Auditorías Internas Basadas en Riesgos, su presentación al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su aprobación, y finaliza con el informe de las auditorías y la verificación de las acciones realizadas para el cumplimiento de los planes de mejoramiento.

**Responsables:** Jefe Oficina Asesora de Control Interno

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
Tener información de necesidades de los procesos para realizar auditorías para la vigencia, por recomendación de líderes. Auditorías de ley Requerimientos de asesor de control interno	Actualización en los diferentes temas que son de cumplimiento de ley, equipó de computo información de los líderes de los procesos y planes de mejoramiento de la vigencia
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 87 de 1993.</li> <li>• Ley 1474 de 2011.</li> <li>• Ley 1712 de 2014.</li> <li>• Decreto 1083 de 2015.</li> <li>• Decreto 1499 de 2017.</li> <li>• Decreto 648 de 2017.</li> <li>• Decreto 612 de 2018.</li> <li>• Marco Internacional Para la Práctica Profesional de Auditoría Interna.</li> <li>• Guía de Administración del riesgo vigente</li> <li>• MODELO COSO (como marco referencial).</li> </ul>	<p>Ejecución del plan anual de auditorías de la vigencia</p> <p>Entrega de informes de ley dentro de los tiempos establecidos. En la norma</p>

ÍTEM	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/REGISTRO
1	Elaborar y gestionar el Plan Anual de Auditorías Internas basadas en riesgos:  El plan anual de Auditorías establece el direccionamiento y la planificación de las	Jefe oficina Asesora de control interno  Comité	Plan anual de Auditorías Internas basada en riesgos aprobado

	<p>auditorias por unidad auditable, en el cual se incluyen los detalles de planificación y ejecución de la auditoría para un periodo de tiempo determinado, con el propósito de determinar la eficacia y conformidad del Sistema de Control Interno.</p> <p>Política de Operación</p> <p>El plan anual de auditoría interna debe ser aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a través del acta (Comité de gerencia).</p>	Institucional del sistema de control interno	Acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno-Gerencia
2	<p><b>Elaborar plan de auditoría:</b> se debe elaborar el plan anual de auditoría, por el Jefe de la oficina Asesora de control interno, cuyo objetivo es dar cumplimiento a lo establecido en el plan anual de auditorías internas basadas en riesgos, definiendo el objetivo, alcance, criterios y demás funciones aplicables.</p>	Jefe Oficina Asesora de Control interno	FO-AGCI-001 Plan de auditoría
3	<p><b>Reunión apertura de la auditoría:</b></p> <p>Reunión inicial con el auditado, donde se socializan los siguientes temas:</p> <p>Socializar los objetivos y el alcance de la auditoría.</p> <p>Presentar el cronograma inicial de trabajo.</p> <p>Solicitar la entrega la información requerida, y definir cuál será el medio para allegar la información solicitada a la oficina Asesora de Control Interno</p> <p>Se coordina la visita en sitio entre el auditor y el auditado.</p>	Jefe Oficina Asesora de Control interno	GC-FO-AUD-002 Acta reunión de apertura auditoría

	<p>Se dan a conocer los tiempos y las fechas para la elaboración del informe final.</p> <p>Se entregan las fechas entre el auditor y el auditado para la entrega del plan de mejoramiento de las observaciones (hallazgos)</p> <p>Se realizara reunión de cierre de la auditoria y se da un plazo de 10 días hábiles para la entrega del plan de mejoramiento de las observaciones (hallazgos).</p>		<p>GC-FO-AUD-003 Acta de cierre de informe de auditoria</p>
4	<p><b>Solicitud de información:</b> esta se solicita al auditado por medio de comunicación interna o verbal y medios electrónicos).</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Control interno</p>	<p>Comunicación interna</p>
5	<p><b>Análisis de información aportada:</b> el auditor examina la información allegada basado en los criterios y contexto del proceso, y podrá solicitar más información de ser necesario.</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Control interno</p>	<p>Papel de trabajo.</p>
6	<p><b>Visita en sitio:</b> con el objetivo de evidenciar la veracidad (que corresponda) y la pertinencia de la información aportada por el auditado.</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Control interno</p>	<p>Listado de asistencia</p>
7	<p><b>Reunión cierre de auditoria:</b></p> <p>Se reúne el auditor con el auditado, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentar hechos que constituyan fortalezas y recomendaciones de mejora.</li> <li>2. Presentar hechos que constituyen exposiciones al riesgo relevante</li> </ol>	<p>Jefe oficina Asesora de Control Interno</p>	<p>GC-FO-AUD-003 Acta de reunión de cierre auditoria</p>

	observaciones (hallazgos). 3. Determinar plazos para el levantamiento de los planes de mejoramiento correspondientes. Es el último espacio que se tiene para pronunciarse si está de acuerdo o no con la observación o hallazgo a partir de ese momento quedara en firme e iniciara el procedimiento de mejora continua		
8	<b>Plan de Mejoramiento para diligenciar la observación (hallazgo):</b> el auditado posterior a la entrega del informe final, tiene 10 días hábiles para allegarlos a la oficina Asesora de Control interno, registrando las "acciones" las actividades a desarrollar especificando la evidencia, fecha de compromiso y Responsable.	Jefe Oficina Asesora de Control interno	formato de plan de mejoramiento
9	<b>Verificación del cumplimiento del Plan de mejoramiento :</b> el auditado posterior a la entrega del informe final, y de acuerdo a las fechas señaladas para el cumplimiento del plan de mejoramiento verificará mediante las auditorias programadas en el plan anual de auditoria o si considera necesario o pertinente según la gravedad o riesgo dentro del proceso o que atente en el cumplimiento de la ley 1474	Líder de proceso unidad auditable	Formato de plan de mejoramiento

**DEFINICIONES:**

**Auditoria de Control Interno:** son aquellas auditorias basadas en riesgos, actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para generar valor agregado y mejorar las operaciones de una organización.

**Auditor:** Persona capacitada y experimentada que se designa por una autoridad competente.

**Auditado:** Proceso que se va auditar. Alcance: procedimientos, técnicas de auditoria, tiempo y asignación de recursos. Competencias: son habilidades, destrezas, capacidades y conocimientos que posee una persona.



**Criterios de Auditoria:** es un conjunto de políticas, prácticas, procedimientos o requisitos usados como referencia y contra los cuales se compara la evidencia de auditoria.

**Evidencia de la Auditoria:** son los soportes que obtiene el auditor durante la ejecución de la auditoria, que hacen evidente y manifiesta la certeza o convicción sobre los hechos las observaciones que prueban y demuestran los mismos.

RIESGO	CONSECUENCIAS	CONTROLES
Incumplimiento en el Plan Anual de Auditoria de la vigencia	Incumplimiento de la ley 1474 y las demás normas que regulan el sistema de control interno y las posibles sanciones a que haya lugar.	Ejecución del Plan Anual de Auditoria para la vigencia
Extemporaneidad en los informes de ley regulados para el sistema de control interno	Posibles sanciones a que haya lugar por su incumplimiento	Verificación del calendario de informes de ley del sistema de control interno

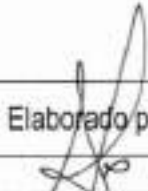
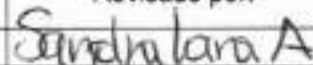

**INDICADORES:**

NOMBRE DEL INDICADOR: Verificación del Plan anual de Auditoria

TIEMPO: Anual

META : 100%

FORMULA: Evaluaciones independientes ejecutadas /Evaluaciones independientes programadas

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alejandro Vasquez A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Control interno	Desarrollo Organizacional	Gerente








E.S.E. HOSPITAL  
**CARISMA**



**GESTIÓN  
CIENTÍFICA**

## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MISIONALES

CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	ATENCIÓN AL USUARIO	FARMACIA	PROGRAMAS Y MERCADEO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Asignación de citas consulta externa y Seguimiento-grupos apoyo</li> <li>✓ Atención en consulta externa y grupos terapéuticos ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención Hospitalización</li> </ul> <p><b>INSTRUCTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión</li> <li>-Atención H- total</li> <li>-Enfermería</li> <li>-Seguimiento a pacientes durante la atención</li> <li>-Egreso de pacientes</li> <li>-Remisión de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención integral al usuario y sus familias</li> </ul> <p><b>INSTRUCTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomento de la participación comunitaria</li> <li>- Información en Salud</li> <li>- Escucha Activa</li> <li>- Evaluación de Satisfacción al Usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Selección de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Adquisición de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Recepción Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Distribución de Medicamentos y Dispositivos Médicos</li> <li>✓ Dispensación de medicamentos y programa de metadona</li> <li>✓ Farmacovigilancia y tecno vigilancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diseño y Elaboración de propuesta</li> <li>✓ Ejecución</li> </ul>
				
<p><b>PROCESOS: 5</b> <b>PROCEDIMIENTOS: 13</b></p>				

## 1. DESCRIPCIÓN GENERAL

El Hospital Carisma es una Empresa Social del Estado del orden departamental que brinda servicios integrales y especializados de salud mental con énfasis en farmacodependencias y conductas adictivas, comprometida con la promoción, prevención, asesoría, capacitación o investigación en el tema de las drogas y las conductas adictivas, para el mejoramiento de la salud de la población colombiana a través de un equipo humano calificado y con vocación de servicio.

Carisma cuenta con un equipo interdisciplinario competente y especializado que realiza un abordaje basado en la evidencia con estandarización y protocolización de cada intervención, poniéndola como líder entre las instituciones que atienden adicciones y farmacodependencia en el departamento de Antioquia e incluso en Colombia y Latinoamérica.

## 2. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL CARISMA

El enfoque de la farmacodependencia como enfermedad se apoya en la aceptación del fenómeno humano llamado abuso o dependencia de sustancias, como un hecho del cual se debe ocupar la ciencia médica y la salud pública, tal como es aceptado por la ley colombiana:

La Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas. (Congreso de Colombia, 2012), el artículo 1°, señala: *"Reconocimientos. Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social."*

La clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima versión corregida (CIE10) y el Manual estadístico de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM 5)(*American Psychiatric Association, 2013*), reconocen y clasifican este trastorno de salud.

Para el Gobierno colombiano, este es uno de los principales retos en materia de salud pública, por el impacto especial que el fenómeno de la farmacodependencia tiene en sectores sensibles de la población, como lo son los niños y jóvenes, por lo que en un esfuerzo por impactar en esta problemática, el 7 de noviembre de 2018 fue promulgada la resolución número 4886, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, como fruto del consenso intersectorial y como una de las prioridades en materia de salud pública para construir equidad en el país. Esta norma busca promover la salud mental como un derecho individual, familiar y colectivo.

La política surge como respuesta al desafío que representa para el país el hecho que la depresión sea la segunda causa de enfermedad –siendo el trastorno más frecuente en adolescentes, jóvenes y adultos, principalmente entre las mujeres-, así como al incremento en las tasas de conducta suicida y suicidio, pasando para suicidio de 4,4 en el año 2013 a 5,07 por 100.000 habitantes en

2016 y en intento suicida de 36,1 en el año 2016 a 52,4 por cada 100.000 habitantes en el año 2017.

La política en salud mental también es el punto de partida para prevenir y reducir el consumo de sustancias psicoactivas, el cual presenta incrementos preocupantes como lo son, el incremento del uso de cocaína entre la población escolar, el cual pasó de 2,4% en el año 2011 a 2,7% en el año 2016, al igual que el uso de inhalables, el cual incrementó las prevalencias, pasando de 1,9% en el año 2011, a 2,2% en el año 2016.

En el marco de esta Política de Salud Mental se estructuró la nueva Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019), creando para su formulación una mesa técnica de expertos, integrada por personas reconocidas y conocedoras de diferentes áreas de la salud.

La Política Nacional de Salud Mental está basada en cinco componentes o ejes, los cuales están orientados estratégicamente a las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población colombiana con enfoque de atención primaria en salud. Los ejes establecidos por la Política en Salud Mental, son:

**Eje 1:** Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, a través del cual se promoverán estilos de vida saludables, el cuidado de los menores de edad y el fortalecimiento de los vínculos sociales, para promover entre los adolescentes y jóvenes modos, condiciones y estilos de vida saludable, la salud mental, la prevención de problemas, trastornos mentales y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Este componente agrupa a todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía poder afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas, creando condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social.

Una parte importante de este eje es el fortalecimiento de los entornos, los cuales son escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica y política de la sociedad a la que pertenecen. Para esto se requiere:

- a. El fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar, y comunitario etc.
- b. Articulación de las actividades de salud con las iniciativas de los distintos sectores a fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población: Como inclusión social, hacienda, educación, trabajo, vivienda, cultura, deporte, entre otros.
- c. Promoción del involucramiento parental: Esto hace referencia a la participación regular de los padres en la vida y cotidianidad de los hijos, que implica:
  - Diálogo y concertación permanente con fines de acompañamiento, apoyo, control y supervisión a las actividades de los niños, niñas, y adolescentes.
  - Construcción de efecto y confianza, vínculos y relaciones, en un ambiente de respeto y libertad.

- Educación en habilidades Psicosociales para la vida.
- Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud.

**Eje 2:** Prevención de los problemas y trastornos mentales, la epilepsia y las violencias interpersonales, por medio del cual se fortalecerán los espacios y las organizaciones comunitarias para promover la detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, así como los primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.

Mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar y comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan mediante estrategias como:

- Detención temprana de los riesgos de violencia, problemas y trastornos mentales, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia.
- Primeros Auxilios Psicológicos e intervención en crisis.
- Educación en salud mental.
- Remisión oportuna a los servicios sanitarios y sociales.
- Prevención de la conducta suicida
- Restringir el acceso a medios letales, tales como sustancias tóxicas, armas de fuego y disponer barreras mecánicas para evitar caídas desde la altura.
- Ampliar la cobertura territorial de las líneas telefónicas de ayuda, y cualificar las existentes.
- Capacitar a los actores de los medios de comunicación acerca de cómo informar sobre el suicidio.

**Eje 3:** Atención integral e integrada, a través de la cual el sector salud desarrollará redes integrales, con enfoque de atención primaria y adecuación intercultural que integre servicios de baja complejidad, servicios especializados y unidades funcionales.

Los actores de sistema de salud deben responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades, según lo establece la Política Integral de Atención en salud, comprende en este sentido la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a la atención primaria de salud.

Las Redes Integrales atención primaria en salud mental que establece la resolución 4886 de 2018, buscan:

- Mejorar los servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia de las personas en el territorio, vinculando a gestores comunitarios.
- Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran
- Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial.
- Realizar los procesos de gestión necesarios para el funcionamiento de las redes integrales de atención, tales como la formación continua y suficiente del talento humano, habilitación y acreditación, definición de procesos y procedimientos de atención, definición de mecanismos de contratación y pago, adaptación intercultural participativa de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica.

- Fortalecer el sistema de información para el seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios.

**Eje 4:** Rehabilitación basada en comunidad e inclusión social, para mejorar los procesos de identificación de personas con trastornos mentales asociados al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas en los entornos, su canalización a servicios de salud y el posterior seguimiento con la familia y la comunidad.

Este eje permite lograr la rehabilitación y la inclusión social, familiar laboral/ocupacional, educativa, religiosa política y cultural de las personas con problemas y trastornos mentales mediante la participación de los diferentes actores.

**Eje 5:** Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial, para continuar el desarrollo de capacidades del talento humano del sector salud y promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública consignados en los objetivos, principios y alcance de la presente Política Nacional de Salud Mental.

Tras la puesta en marcha de la Política Nacional de Salud Mental aprobada en la resolución 4886 de 2018, las instituciones prestadoras de servicios de salud contarán con 21 nuevos medicamentos al plan de beneficios para atender personas con trastorno de pánico, fobias y de ansiedad generalizada, medida que beneficiará alrededor de 400 mil personas que tienen estas condiciones. Se invertirán 60 mil millones de pesos anuales en este beneficio confirmó el Ministerio de Salud.

### 3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

En coherencia con el modelo de tratamiento planteado por la E.S.E. Hospital Carisma, se presentan los siguientes principios orientadores:

**Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

**Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

**Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.



**Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

**Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento.

**Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

**Consulta trabajo social:** Es la valoración y orientación realizada por un profesional en trabajo social que consta de: anamnesis, evaluación general del estado social del paciente y su entorno incluyendo los factores familiares, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como de definición de un plan de manejo.

**Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en el diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.

**Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.

**Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

**Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

**Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

**Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

**Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

**Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

**Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.

**Metabolito activo:** Sustancia producida en el organismo por la biotransformación de un principio activo y que tiene propiedades farmacológicas. El metabolito activo puede ser sintetizado a escala industrial y comercializado de tal forma como medicamento.

**Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

**Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

**Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

**Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

- **Referencia** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

- **Contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

**Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

#### 4. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

- POLICAUSALIDAD DE LAS ADICCIONES:** La enfermedad adictiva es de origen múltiple y siempre involucra en mayor o menor medida la sustancia, el ambiente y la persona. Es importante identificar los factores que desencadenan el trastorno pero es más importante el aprendizaje de habilidades para manejarlo. (Chaudron & Wilkinson, 1988).
- HETEROGENEIDAD DE LOS USUARIOS:** Los pacientes drogodependientes son heterogéneos en muchos sentidos: son hombres y mujeres, en un rango de edad muy amplio, con diferentes estados civiles, estratos socio económicos, niveles de formación académica y algunos pueden presentar conflictos con la ley. La severidad del problema es variable tanto en los aspectos relacionados con el consumo (cantidad, frecuencia, vía) como en las áreas vitales que se ven afectadas en diferente medida por el consumo: familiar, de pareja, laboral, de salud general, de salud mental, legal, interpersonal, etc.
- INDIVIDUALIDAD EN LAS INTERVENCIONES:** Las intervenciones deben ser diferentes de acuerdo al tipo de pacientes; los planes de tratamiento deben incluir en lo posible, aspectos orientados a la individualidad y en mayor medida a los objetivos identificados por el usuario. (National institute of drug abuse, 1999)
- PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:** Cada individuo participa de su recuperación y tiene la mayor responsabilidad en su rehabilitación. El individuo no es un sujeto mayormente pasivo sobre el cual se instaura un tratamiento médico, sino que es el protagonista del proceso de recuperación sin cuya participación es imposible el logro de este objetivo. (Miller & Rollnick, 2002)
- TRASTORNOS ADICTIVOS COMO PATOLOGÍA CRÓNICA:** La institución integra la visión de los trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones como patologías crónicas. Por tanto, se acepta que los usuarios deben conseguir un grado importante de vinculación y claridad durante su proceso con el fin de recibir las intervenciones que ameriten por esta condición, de la cual las recaídas son parte característica. La institución brindará disponibilidad de atención las

veces que sea necesario de acuerdo con los recursos institucionales, la valoración clínica y el pronóstico. (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000).

- f) **DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA Oponerse a LAS DROGAS:** El consumo prolongado de sustancias psicoactivas cambia el cerebro disminuyendo la capacidad de oponerse al deseo de consumir. Sin embargo, el tratamiento integral puede lograr que las personas tomen la decisión de cambiar y tengan los elementos para llevar a cabo este cambio, favoreciendo el logro de la abstinencia o de los objetivos que se planteen durante el proceso. (Volkow & Morales, 2015).
- g) **LA NO IDENTIFICACIÓN CON ETIQUETAS:** Al interior del tratamiento no se destaca el propósito institucional de que el usuario asuma una identidad como "enfermo" o como "adicto" o "alcohólico", ni tampoco como "delincuente" en el caso de los menores, pero si se pretende que:
- Se identifique de la manera más precisa su nivel de control sobre las sustancias.
  - Se incorpore como parte de su crecimiento personal y de su autoconocimiento, aprendizajes obtenidos a partir de la revisión de su historia personal.
  - Se cuestione el nivel de concordancia entre sus deseos y aspiraciones y los resultados obtenidos con una determinada conducta.
  - Se reconozcan las consecuencias de la comisión de actos punibles, el daño causado a terceros y la necesidad de enmendarlo de alguna manera.

Estos objetivos orientan al usuario a asumir actitudes frente al consumo de sustancias psicoactivas y el delito, sin subvalorar los aspectos sanos de su personalidad y sin producir sensaciones de desvalimiento, culpa o resentimiento que retarden el desarrollo de su autonomía.

- h) **TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA:** La ESE Hospital Carisma asume las guías clínicas disponibles basadas en la evidencia para el tratamiento de los problemas adictivos. Esto incluye el uso de medicaciones y de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.
- i) **INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** Uno de los elementos destacados desde la evidencia científica es la intervención de los problemas adictivos por grupos interdisciplinarios. La visión interdisciplinaria favorece una valoración e intervención integral del problema. Los pacientes reciben desde el saber científico y desde la interacción de diferentes disciplinas, elementos para incrementar la motivación al cambio, cuestionar creencias irracionales y analizar sus conductas a partir de los resultados obtenidos. (Heath, Wise, & Reynolds, 2013).
- j) **LA PATOLOGÍA DUAL ES ALTAMENTE PREVALENTE EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS:** La institución brinda atención a usuarios con problemas leves, moderados o severos relacionados con sustancias (uso dañino o dependencia), con o sin trastornos mentales asociados. Se cuenta con atención psiquiátrica para todos los usuarios de tratamientos ambulatorios u hospitalarios. Se reconoce la alta frecuencia estadística de coexistencia entre trastornos mentales y problemas relacionados con sustancias, por lo cual se considera fundamental la atención por el psiquiatra, inicialmente para la identificación de los trastornos y posteriormente para su tratamiento. (Buckley & Brown, 2006).

k) **CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE:** En adolescentes con trastornos psiquiátricos las tasas de comorbilidad con trastornos relacionados con consumo de sustancias varían ampliamente entre 11% y 70% dependiendo de si se analiza la comorbilidad en procesos hospitalarios o ambulatorios (Roberts, Roberts & King, 2007). Los cuadros de mayor recurrencia entre la población adolescente que presenta trastornos relacionados con consumo de sustancias, son:

- TDAH (Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad)
- Trastorno de conducta
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos psicóticos
- Discapacidad cognitiva
- Riesgo de suicidio

Roberts et al. (2007), identificaron en 237 adolescentes entre 12 y 17 años de un área urbana, con patrón de abuso de sustancias y que estaban comenzando atención psiquiátrica, el TDAH como el diagnóstico más prevalente en los varones; mientras que, en las mujeres, los trastornos de alimentación y los trastornos de conducta fueron los más prevalentes. Además, es importante recordar que el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes (Grupo de Investigación en Salud Mental CES, 2010).

Los jóvenes con TDAH son un grupo de alto riesgo, ya que esta patología puede persistir en la adolescencia hasta en el 35 a 80% de los casos (Soutullo, 2017). Ellos parecen ser más vulnerables al consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana. Se plantea que podrían sentir un alivio con el uso de estas sustancias debido a su funcionamiento cerebral o a los estresores ambientales que se crean al vivir con el trastorno (Santucchi, 2012). Debido a la impulsividad, estos jóvenes, son más susceptibles de tener comportamientos arriesgados (fumar, beber, usar drogas, tener accidentes, actuar impulsivamente, etc.), suelen tener baja autoestima por los fracasos a repetición, dificultades con las figuras de autoridad y comportamientos que rompen las reglas (conducción temeraria). Usualmente, tienen relaciones sexuales a más temprana edad, un mal carácter, enfados frecuentes y un rendimiento académico inferior a las capacidades reales. Las relaciones de amistad son superficiales y menos duraderas. En algunos casos, tienen problemas serios de conducta y comportamientos antisociales (mentir, robar, engañar a otros, heteroagresión, incumplimiento de obligaciones, etc.) (Soutullo, 2017). Como aspecto favorable los jóvenes con TDAH tratados adecuadamente tienen niveles menores de consumo de sustancias (Santucchi, 2012).

Algunos jóvenes comienzan la escuela secundaria con mayor riesgo para desarrollar problemas con las sustancias; estos son los que tienen depresión, ansiedad o TDAH que no han recibido tratamiento. Algunos jóvenes con factores genéticos o biológicos predisponentes, tienen mayor riesgo de comenzar a tomar licor de forma intensiva desde los 14 años. Los jóvenes con historia familiar de adicciones también tienen más riesgo de tener problemas con las sustancias psicoactivas.

- l) **ATENCIÓN A PACIENTES CON COMORBILIDAD MÉDICA:** Se dispone de profesionales toxicólogos, especialistas en farmacodependencia y médicos generales para brindar atención a las comorbilidades médicas. (National institute on drug abuse, 2012) (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 1999).
- m) **AMBIENTE TERAPÉUTICO:** La enfermedad de la adicción es un trastorno complejo y heterogéneo, cuyo factor común es que conduce al aislamiento y a la soledad. La droga promete un paraíso en el que se puede prescindir de los demás y a pesar de ello lograr la plena satisfacción. Parte fundamental del tratamiento es restablecer la relación con el otro. Esto se consigue desde la intervención individual en consulta, la intervención grupal y en la convivencia durante la hospitalización, en la cual se procura al usuario un ambiente de respeto, aceptación, solidaridad y responsabilidad en donde se recuperan valores y se afina la relación con el yo interior para luego recuperar la relación con el otro. (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2000)
- n) **ESTILO DE VIDA SALUDABLE:** El proceso terapéutico de Carisma está orientado a que los usuarios decidan asumir la vida de una forma más sana, menos autodestructiva y busquen formas alternativas para afrontar el estrés, resolver problemas y para obtener satisfacción. En resumen, se busca acompañar al individuo inicialmente en la identificación de un problema y, en segundo término, en la búsqueda de soluciones a éste, fortalecidas desde el conocimiento científico.
- Una vez tomada una decisión frente a las sustancias psicoactivas y conductas adictivas, el usuario debe estar dispuesto a realizar cambios significativos en su forma de actuar y de pensar, para obtener resultados diferentes a los logrados hasta ahora con su vida. La institución debe modelar y orientar estos cambios partiendo de las expectativas que tiene el usuario. (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2000)
- o) **LA ADICCIÓN AFECTA AL INDIVIDUO Y A SU ENTORNO:** Se retoman las expectativas de la familia, en relación con el resultado del tratamiento, para educar sobre los objetivos viables. Además, el conocimiento de estas expectativas permite guiar la participación del grupo familiar, y del paciente, durante el proceso para conseguir la condición de salud y/o bienestar deseados, tanto por el individuo (usuario) como por su grupo social primario (familia). (Ministerio de salud y protección social, s. f.)
- p) **INSCRIPCIÓN EN EL MODELO NACIONAL DE TRATAMIENTO A LAS ADICCIONES:** Con las consideraciones epistemológicas y éticas mencionadas, el tratamiento en la ESE Hospital Carisma ofrece servicios de internación hospitalaria y parcial y servicios ambulatorios de mediana complejidad en correspondencia con el modelo médico de atención a la farmacodependencia, tomada ésta como trastorno adictivo y según la disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, (Resolución 2003 de 2014) que define:

**Servicio: Internación hospitalaria e internación parcial para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas**

**Descripción del Servicio:**

1. **Internación Hospitalaria:** Es el servicio que presta atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, en sus fases de desintoxicación y deshabitación, bajo la modalidad de internación hospitalaria.
2. **Internación Parcial:** Es el servicio que presta atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, en sus fases de deshabitación y resocialización, bajo la modalidad de internación parcial (internación diurna o nocturna).

**Atención Ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas. Mediana complejidad.**

- ✓ **En mediana complejidad:** Usuarios que requieren manejo psiquiátrico ambulatorio o manejo farmacológico con medicación diaria que se suministra en el servicio (como la metadona).

**Tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas:** Es el conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los centros de atención en drogadicción, con el propósito de lograr la deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas o su mantenimiento, con el fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de sustancias psicoactivas y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social.

Como tal, su estructura está dirigida principalmente a la atención hospitalaria de los casos más severos en compulsión y disfuncionalidad y de forma ambulatoria para los casos de menor severidad y con mejor red de apoyo social. (National institute on drug abuse, 2010)

5. **POBLACIÓN OBJETO DE INTERVENCIÓN:** Hombres y mujeres, mayores de 14 años, con trastornos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas o con otras conductas adictivas; que tengan o no, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o médicos (no descompensados) y que manifiestan voluntariamente su deseo de realizar el tratamiento (modelo de tratamiento voluntario).

**6. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:**

**6.1. OBJETIVOS GLOBALES** (desde la institución):

- Superación o reducción del consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas
- Fortalecimiento de habilidades de afrontamiento
- Formulación de un proyecto de vida
- Mejoría en calidad de vida
- Inclusión social efectiva

**6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluación integral bio-psico-social
- Desintoxicación de las sustancias

- Tratamiento del síndrome de abstinencia
- Aprendizaje de la prevención y manejo de recaídas
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica
- Tratamiento de la comorbilidad médica
- Prevención de complicaciones médicas posteriores
- Mejoría en la funcionalidad psicosocial de los usuarios
- Cambio de hábitos y adquisición de estilo de vida saludable
- Mejoría en las relaciones familiares
- Aprendizaje de habilidades sociales
- Manejo de emociones
- Integración del usuario a la red de servicios psicosociales
- Mantenimiento de los logros obtenidos
- Integración de la labor, ejercicio físico y vida familiar en el nuevo estilo de vida
- Capacitación en habilidades laborales
- Reducción del daño
- Reducción de la reincidencia en el delito en los menores infractores del programa de seguimiento judicial al tratamiento de drogas

### 6.3. OBJETIVOS DEL USUARIO:

Desde la evaluación inicial queda planteado como objetivo fundamental la exploración de las expectativas que el usuario tiene frente a su proceso de tratamiento en la institución. A partir de estas se realiza un plan de tratamiento orientado a cumplir con sus objetivos y a fortalecer sus motivaciones para el cambio.

## 7. MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN

### 7.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL:

Las farmacodependencias tienen un origen multifactorial y así mismo afectan a los individuos en su esfera biológica, psicológica y social.

Desde el componente biológico se puede decir que el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas afecta toda su corporalidad, el funcionamiento de múltiples sistemas orgánicos, su imagen y autocuidado y su capacidad reproductiva.

En la esfera mental se ven comprometidos múltiples aspectos, como lo son; el sentido de identidad, las capacidades cognitivas (pensamiento, atención, memoria, inteligencia, juicio) las capacidades de autocontrol, la prospección, la introspección, la emocionalidad, y afectando funciones superiores que incluyen el autoagenciamiento, la empatía, la solidaridad y el sentido de trascendencia.

En los adolescentes, ligado a su proceso de maduración cerebral, es importante señalar que en esta etapa aún no se ha logrado el desarrollo completo de algunas áreas, ya que el proceso de mielinización se da en una secuencia que inicia desde la corteza occipital hacia la corteza frontal, lo que quiere decir que algunas zonas cerebrales, presentan una maduración tardía, especialmente la corteza pre frontal, la cual tiene como función, las tareas ejecutivas y la auto regulación de la



conducta; lo que explicaría la relación entre conductas frecuentes en la adolescencia, como la impulsividad, la poca capacidad de planeación y anticipación de consecuencias, las conductas emocionales y la búsqueda de sensaciones, en relación con el desarrollo del cerebro. (Oliva, 2012)

En lo social las farmacodependencias ponen a los individuos en un amplio rango de afectaciones que van desde problemas leves en la convivencia hasta el completo marginamiento y la llamada "vida de calle". Las alteraciones en la parte biológica y psicológica se cristalizan en los problemas sociales. Estos incluyen problemas en el soporte de necesidades básicas, vivienda, alimentación, vinculación afectiva, delincuencia, violencia, desempleo, encarcelamiento, subcultura y desarraigo. Estos son los que llevan generalmente al individuo a consultar incluso antes de que se encuentren afectados los sistemas biológicos o psíquicos. (Marlatt & Donovan, 2005).

El consumo de drogas y las conductas delictivas constituyen un fenómeno complejo y multifactorial y es preciso tener en cuenta los aspectos propios de desarrollo del adolescente, los comportamientos de riesgo a los que se exponen, así como los factores de riesgo y de protección (Vicario y Júdez, 2007).

El tratamiento está orientado a la intervención de lo biológico, lo mental y lo social, de acuerdo con una de las directrices del NIDA (Instituto Nacional Sobre el Abuso de drogas de los Estados Unidos): "El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas. Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas del paciente, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada paciente. (Marlatt & Donovan, 2005)".

**7.2. PILARES DEL TRATAMIENTO:** El tratamiento está sustentado en seis pilares fundamentales de intervención, cuyos argumentos vienen desde la medicina basada en la evidencia:

**7.2.1. Tratamiento farmacológico de las adicciones:** Tratamiento con fármacos específicos para la farmacodependencia para los cuales existe evidencia científica de mejoría para problemas relacionados con determinadas sustancias. Estos medicamentos pueden estar indicados para el reforzamiento del auto control, el manejo del síndrome de abstinencia, la disminución de la ansiedad de consumo, la prevención de la recaída o la disminución de los efectos reforzadores de las sustancias. (Marlatt & Donovan, 2005). Otros fármacos también pueden estar orientados a la estabilización de las enfermedades médicas y/o psiquiátricas asociadas. La formulación está dirigida por toxicólogo, psiquiatra, médicos especialistas en farmacodependencia, médico general y enfermería. (Ver Guías Clínicas de Tratamiento y sección sobre intervención interdisciplinaria).

**7.2.2. Psicoterapia individual y grupal:** fundamentada en el método de prevención de recaídas (Marlatt & Donovan, 2005), la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002), y el incremento de habilidades sociales, habilidades de afrontamiento, manejo de emociones y tratamiento cognitivo conductual de las dependencias (National institute on drug abuse, 2010). Ésta es desarrollada en un ambiente de internamiento para los pacientes con mayor disfuncionalidad psicosocial o ambulatoria para los de menor severidad o con adecuada red de apoyo. Se lleva a cabo por los profesionales de psicología y psiquiatría. (Ver sección sobre intervención interdisciplinaria).

- 7.2.3. Diagnóstico e intervención de la dinámica familiar:** Esta se desarrolla desde un enfoque sistémico y constructivista. Persigue fomentar cambios en la estructura familiar y la red social de apoyo y fortalecer las estructuras adecuadas existentes. Se ocupa de los límites, jerarquía, expresión del afecto, entre otros aspectos (*Brown, Stoffel, & Muñoz, 2010*). Esta intervención es realizada por trabajo social. (Ver intervención por Trabajo Social en la sección sobre intervención interdisciplinaria).
- 7.2.4. Diagnóstico e intervención ocupacional.** Orientada al fortalecimiento del desempeño ocupacional, hábitos y rutinas de trabajo y recuperación de la función ejecutiva. Dentro de estas se incluyen actividades de capacitación que favorezcan la reinserción socio-laboral (*Akandere & Tekin, 2004*). Es desarrollada por la terapeuta ocupacional y educadores específicos. (Ver intervención de Terapia Ocupacional en la sección sobre intervención interdisciplinaria).
- 7.2.5. Recuperación de hábitos y estilos de vida saludables.** Este aspecto incluye recuperación física, fomento del interés en el deporte y el auto cuidado, recuperación de auto imagen, uso adecuado del tiempo libre, hábitos de alimentación saludable, escuela de salud, sentido de responsabilidad social y funcionalidad (*National Institute on drug abuse, 2016*). (Ver Actividad Física y Deporte en la sección sobre intervención interdisciplinaria).
- 7.2.6. Restablecimiento de valores en medio de comunidad.** Fomento de valores como solidaridad, responsabilidad, humildad, receptividad, respeto, compromiso, cumplimiento, bondad, reciprocidad, gratitud, consideración. Se realiza con la intervención de personal de enfermería entrenado, educadores y otros profesionales. (Ver Elementos de Fomento de valores en comunidad en la sección sobre intervención interdisciplinaria).



**Diagrama 1. Modelo de tratamiento en la ESE Hospital Carisma**

## 8. PLAN DE TRATAMIENTO:

El ingreso de los usuarios a Carisma, provenientes desde otro nivel de atención, de acuerdo a la

ruta integral de atención en salud mental, o que consultan directamente a cualquiera de nuestros programas de manera particular, se realiza mediante evaluaciones iniciales por psiquiatra, toxicólogo o médico especialista en farmacodependencia, quienes de acuerdo a la severidad del trastorno adictivo y a la motivación del paciente, deciden si este debe ingresar a una modalidad de internación total, parcial o a un tratamiento ambulatorio.

Se debe definir en cada caso en particular la modalidad del tratamiento a ofrecer y cuál de las alternativas de manejo, según la severidad de la enfermedad y la motivación del usuario y la familia, sería de mayor beneficio. De acuerdo a la decisión del especialista, existen una serie de actividades por cada una de las disciplinas integrantes de equipo terapéutico que van orientadas al cumplimiento del presente modelo de atención y a lograr los mejores resultados para los pacientes y sus familias.

### **8.1. MODALIDAD DE TRATAMIENTO:**

Según la severidad del problema y la motivación del usuario, se presentan varios escenarios o modalidades de manejo intra o extra murales.

Para establecer la severidad de los trastornos por uso de sustancias se hace una evaluación exhaustiva de la historia del paciente y se determina la cantidad de síntomas que presenta en diferentes áreas, como la pérdida de control sobre el consumo, el deterioro social, el uso riesgoso, y los criterios farmacológicos (abstinencia y tolerancia), estableciéndose si el trastorno es leve, moderado o severo. (*American Psychiatric Association, 2013*)

Para evaluar la motivación del usuario se tienen en cuenta las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1982): Pre contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento; las cuales determinan la consciencia que tiene el sujeto de su problema y su decisión de modificar su conducta.

En el caso de los adolescentes del Programa de seguimiento judicial al tratamiento de drogas, hay que tener presente que casi todos, al momento de ingreso al tratamiento, se encuentran en fase pre contemplativa y que por lo tanto no tienen consciencia de enfermedad o esta es baja, o con dificultad para plantear el cambiar de las conductas de riesgo frente a la adicción; es por esto que en la fase inicial del tratamiento se considera necesario intensificar las terapias motivacionales que les permitan evolucionar en sus etapas de cambio.

Teniendo en cuenta los anteriores criterios se presentan las siguientes consideraciones para determinar el tipo de tratamiento e intervenciones a ofrecer:

- a) **Consumidor con trastorno leve por uso de sustancias o en etapas iniciales de cambio:** Luego de la evaluación inicial por el psiquiatra, éste direcciona al paciente para que inicie tratamiento ambulatorio, el cual se inicia con actividades psico educativas (Ver más adelante Grupo OMEE) y se continúa con citas con los diferentes profesionales con periodicidad variable, de acuerdo a las necesidades del usuario.
- b) **Consumidor con trastornos moderados y severos por uso de sustancias:** Luego de la intervención del especialista se evalúa la motivación para el cambio y para la participación en el tratamiento. Si existe una adecuada motivación en el usuario se sugiere el tratamiento

hospitalario para realizar las fases de desintoxicación, deshabitación, reinserción socio familiar, ambulatorio y seguimiento. Adicionalmente se realiza una priorización de ingreso de acuerdo con el modelo diseñado por la institución (Ver Política de priorización). En caso de que exista poca o ninguna motivación o impedimento del usuario, se orienta al usuario y a su familia para inscribirse en el grupo OMEE (Ver más adelante Grupo OMEE) y se orienta a realizar una intervención ambulatoria motivacional.

Cuando durante el tratamiento ambulatorio no se logran los objetivos propuestos, se sugiere al usuario el internamiento, como estrategia para el manejo de los factores de riesgo, evitar el contacto directo con la sustancia, mantener un periodo de abstinencia, incrementar la motivación al cambio, enseñar la prevención de recaídas, incrementar las habilidades de afrontamiento y solución de problemas y fortalecer los factores protectores con que cuenta el usuario.

- c) **Usuarios con diagnóstico dual:** Son aquellos pacientes cuya farmacodependencia está asociada a uno o varios trastornos mentales. Ej.: psicosis, trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastornos de personalidad, reacción situacional, estrés postraumático, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.

Cuando se presentan usuarios con diagnóstico dual, se realiza una evaluación y manejo para cada caso por los especialistas según las guías de manejo institucional:

- a) Usuario con delirium, signos vitales inestables y desorientación: en este caso se remite al usuario a una institución especializada con vigilancia médica para identificar el origen del delirium. Superada la crisis se pueden recibir de nuevo en la institución a los que superaron el compromiso severo de su estado de salud física y mental. Cuando existe evidencia suficiente de que el cuadro corresponde con un delirium tremens, los pacientes pueden ser tratados directamente en la institución siempre que no tengan signos de inestabilidad graves: ej.: desequilibrio hidroelectrolítico, status convulsivo, arritmias cardíacas graves.
- b) Psicosis agitada: pacientes con conducta desorganizada, agresividad, destructividad, ausencia de control interno o externo, alucinaciones y delirios. Se remiten a institución psiquiátrica con capacidad de contención y manejo agudo de estos usuarios. Superado este cuadro pueden ser recibidos nuevamente para realizar su proceso de rehabilitación por el consumo de sustancias.
- c) Psicosis no agitada: Se hospitaliza al paciente para que lleve a cabo las fases de desintoxicación y estabilización, luego deshabitación, reinserción familiar, ambulatorio y seguimiento.
- d) Personas con síndrome de abstinencia agudo estables: Se hospitalizan para una vigilancia estrecha y para realizar la desintoxicación, deshabitación, reinserción familiar, ambulatorio y seguimiento.



**Diagrama 2. Tratamiento según la severidad del problema y la motivación del usuario**

Después que el especialista define de acuerdo a los criterios anteriores cual será la estrategia terapéutica a ofrecer al paciente, esta es explicada de manera clara y se procede a emitir las ordenes respectivas a fin de iniciar el proceso administrativo entre la ESE Hospital Carisma, el paciente y las entidades responsables del pago para, de acuerdo a la política de priorización, ofrecer lo antes posible el manejo requerido, acorde al plan terapéutico propuesto.

**8.1.1. TRATAMIENTO HOSPITALARIO:** consta de las siguientes fases:

**8.1.1.1. Fase de desintoxicación:** Esta fase inicial tiene una duración de 10 días. En esta el usuario suspende el consumo de la sustancia y se aleja de la conducta adictiva en un medio protegido (hospitalización). Durante este periodo usualmente se manifiesta la desestabilización física y psicológica originada por la abstinencia y la ambivalencia frente al tratamiento; desde el equipo interdisciplinar se realizan las siguientes actividades:

- Monitoreo de las constantes vitales
- Tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia y de la psicopatología identificada
- Se completa la evaluación interdisciplinaria
- Se trabaja la motivación para el cambio y el proyecto compromiso (Ver Intervención por psicología)
- Se incluye al usuario en las actividades de grupo y educativas de acuerdo a la condición clínica.

**8.1.1.2. Fase de deshabituación:** Esta fase tiene una duración de 20 días; en esta:

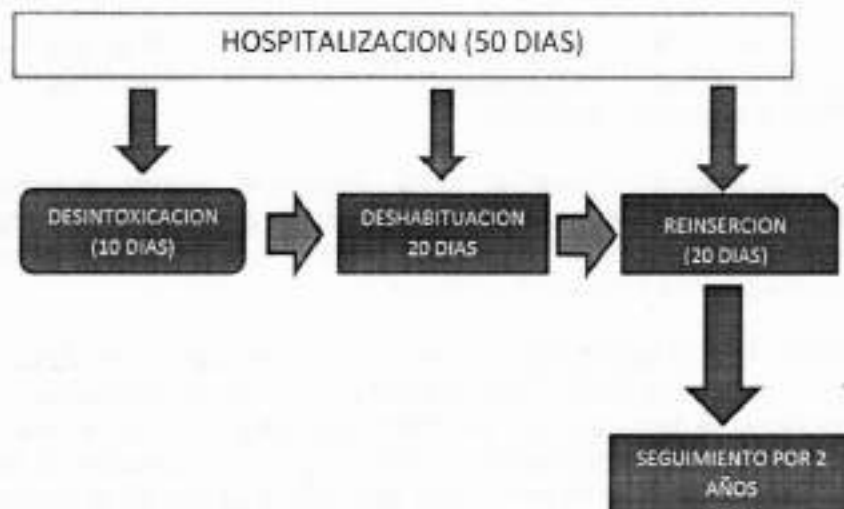
- Se promueve un cambio de hábitos y adquisición de estilo de vida saludable.
- Se realiza, por parte del equipo de tratamiento, un manejo de modelación de la

conducta mediante refuerzos positivos y negativos.

- Mediante la convivencia con otros pacientes, el usuario realiza aprendizajes en organización del tiempo, mantenimiento de la salud, trabajo en equipo, responsabilidad, relaciones con la norma y la autoridad, comunicación asertiva y prevención de recaídas
- En módulos desarrollados por profesionales se desarrollan los temas de manejo de la ansiedad de consumo, manejo de emociones y habilidades sociales.
- En el tratamiento farmacológico se realizan ajustes y se continúa el tratamiento de otras patologías psiquiátricas asociadas y/o de las enfermedades orgánicas (Ver Guías de Manejo Clínico).
- En el trabajo psicoterapéutico, individual y grupal, se fortalece la conciencia de enfermedad, se favorece el desarrollo del vínculo terapéutico y el compromiso con el cambio.
- Se desarrollan habilidades ocupacionales.
- Se desarrolla el proyecto de vida a partir del proceso educativo para el desarrollo de este objetivo
- Se realiza evaluación de la familia y se hace la intervención inicial sobre esta.

**8.1.1.3. Fase de reinserción (Hospital día):** Esta fase tiene una duración de 20 días hábiles; en ella el usuario está durante el día en el Hospital y al final de la tarde regresa a su hogar. El objetivo de esta es que el paciente inicie su ubicación en el medio familiar y social con una estadía parcial en estos ambientes sin perder el espacio terapéutico que le aporta la institución. Durante esta fase se intervienen psicoterapéuticamente las dificultades que el paciente comienza a manifestar al volver a su medio familiar y social, se le acompaña en el desarrollo de nuevos vínculos y en la realización del plan de actividades, se fortalecen herramientas para la prevención de recaídas o manejo de estas en el caso que sea necesario, se hace retorno al medio ocupacional. Además, se refuerza la importancia de la continuidad en el tratamiento.

Una vez terminada la fase hospitalaria, el equipo terapéutico decide si el paciente continúa en tratamiento ambulatorio o si puede pasar directamente a la fase de seguimiento, modalidades que se diferencian por la frecuencia de las intervenciones individuales y grupales. Para los pacientes dependientes de opioides se cuenta con una atención ambulatoria especializada, conocida como el Programa de mantenimiento con metadona.



**Diagrama 3. Proceso de tratamiento hospitalario en la ESE Hospital Carisma**

### 8.1.2. TRATAMIENTO AMBULATORIO EN LA ESE CARISMA:

Como se mencionó anteriormente el tratamiento ambulatorio (sin internamiento) es una modalidad terapéutica que se ofrece para usuarios con trastornos de baja severidad o que tengan poca motivación para el cambio, pero también es una modalidad que se ofrece como opción al terminar la fase hospitalaria, la cual es obligatoria para los usuarios del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas.

Dicha modalidad, para los usuarios que no han hecho tratamiento hospitalario, se inicia con la asistencia del usuario y su familia al grupo psicoeducativo OMEE (Orientación, motivación, educación y evaluación), donde se realizan actividades educativas durante dos días continuos. En éste se trata de forma interactiva (con la participación de los pacientes y sus familias) temas como: Generalidades acerca de las drogas, salud vs. enfermedad, auto esquemas, factores de riesgo y protección, manejo de ansiedad y relaciones con la norma y la autoridad.

Según la evaluación del usuario, posterior a la realización de este grupo psico educativo, se propone realizar el tratamiento ambulatorio con citas individuales de psicología, psiquiatría, toxicología, trabajo social o médico especialista en farmacodependencia según las necesidades identificadas. Igualmente se orienta al paciente y su familia para asistir a los grupos de apoyo. Se utiliza el examen de tóxicos en orina como una manera de supervisar la ausencia de consumo el cual se realiza periódicamente según la evolución.

Para los adolescentes del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas se ofrece un proceso ambulatorio que consta de cuatro citas mensuales por psicología, cuatro citas mensuales por trabajo social para la familia y/o el adolescente, una cita mensual por psiquiatría o más si el profesional lo considera pertinente. Las citas de toxicología o médico especialista en farmacodependencia se asignarán para casos específicos según recomendación terapéutica. Una vez a la semana se realizan grupos de apoyo para los adolescentes y sus familias. Adicionalmente se realizan pruebas de tóxicos semanalmente para supervisar el mantenimiento de la abstinencia.

Este tratamiento tiene una duración de 6 meses, al final de los cuales y de acuerdo a la evolución del paciente, el especialista encargado lo deriva para que continúe en la fase de seguimiento, en la cual se disminuye la periodicidad de las citas.

Los pacientes con trastornos por sustancias que involucran el consumo de heroína y otros opiáceos requieren al egresar del proceso hospitalario, un programa ambulatorio especial, que incluya además de lo ya mencionado, el suministro supervisado de metadona. (Ver Programa de Mantenimiento de Metadona, Protocolo de tratamiento).

**8.1.3. PERÍODO DE SEGUIMIENTO:** Esta fase tiene una duración de hasta dos años y se realiza a través de consultas individuales ambulatorias con diferentes profesionales y con grupos de apoyo dirigidos también por profesionales, se pretende que el usuario continúe reforzando su habilidad para solucionar problemas y prevenir la recaída. Se acompaña al paciente mientras realiza los procesos de adaptación a su nueva vida, evaluando por el equipo terapéutico las conductas y los resultados obtenidos.

Los objetivos de la fase de seguimiento son:

- a) Fortalecer el mantenimiento de la abstinencia mediante las técnicas de prevención de recaídas.
- b) Ayudar al usuario en la superación de los consumos y de las recaídas parciales para que estas no se conviertan en recaídas totales.
- c) Mantener los pacientes adheridos al programa de tratamiento.
- d) Evaluar la evolución de la condición psicopatológica si existe (usuarios con doble diagnóstico) y la adherencia con el tratamiento farmacológico y con las indicaciones relativas al cambio en el estilo de vida (conductas y actitudes).
- e) Ayudar a los usuarios en la solución de situaciones estresantes en el regreso a su vida familiar, laboral y social.
- f) Fortalecer con ellos la implementación del método de solución de problemas para situaciones que surjan durante la fase de abstinencia posterior a la intervención en la institución.

El seguimiento se realiza a partir de consultas individuales con médico especialista (psiquiatría, toxicología, médico especialista en farmacodependencia), psicología y trabajo social. La frecuencia de estas se ajusta considerando la severidad del trastorno, la motivación, la patología asociada y la factibilidad del paciente para asistir a consultas. También se realizan los grupos de apoyo semanalmente y al egreso, se hace seguimiento telefónico por trabajo social durante un año (cada 3 meses) de los pacientes, para evaluar cómo está su situación frente a las drogas y cómo va su reinserción socio familiar.

## **8.2. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA**

El proceso de atención a las adicciones está considerado desde una intervención interdisciplinaria, la cual parte de una concepción biopsicosocial del individuo.

La ESE Carisma es una institución hospitalaria fortalecida a partir de la visión médica, para la atención de las adicciones. El ingreso a la institución está dirigido por especialistas del área



médica: psiquiatra, toxicólogo, especialista en farmacodependencia y médico general. Son estos los que generan las órdenes iniciales con los pacientes y junto al equipo interdisciplinario establecen el plan de tratamiento de cada usuario.

El equipo interdisciplinario que participa en los tratamientos propuestos está constituido por los siguientes profesionales: psiquiatras, médicos especialistas en farmacodependencia, toxicólogos, médicos generales, trabajadoras sociales, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeros profesionales y auxiliares, profesional en recreación y deportes, auxiliares de servicios de salud y nutricionista como interdependencia de servicios con el área de alimentación.

La intervención interdisciplinaria, se plasma en actividades como: la entrega de turno, evaluación de ingresos, evaluación de la asamblea de pacientes, reunión de seguimiento y altas. En estos espacios se discuten y analizan los hallazgos y situaciones presentadas con los pacientes, luego de lo cual se llega a consensos para la toma de decisiones frente al manejo terapéutico.

En esta sección sobre la intervención interdisciplinaria se describen las actuaciones de los diferentes profesionales y la sustentación teórica de las mismas pretendiendo estandarizar y garantizar el cumplimiento de la oferta terapéutica para todos los usuarios con el fin de contribuir al logro de los objetivos que se plantean al ingresar al Hospital.

Aquí se explica de manera detallada el aporte de cada disciplina al proceso integral de atención, definiendo el fundamento de la intervención y explicando las diferentes actividades según su frecuencia, objetivos y evaluación de las mismas.

## **8.2.1. INTERVENCIÓN POR ÁREAS**

### **8.2.1.1. Psiquiatría (Basado en guías de la Asociación Psiquiátrica Americana –APA-).**

Específicamente en el tema de las adicciones, el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Como parte fundamental de esa estructuración se encuentra la intervención por psiquiatría y la ESE Hospital Carisma, como institución prestadora de servicios de salud mental, requiere disponibilidad de psiquiatra, según lo estipulado en la resolución 2003 de 2014, para la habilitación en servicios de salud de mediana y alta complejidad.

La intervención por psiquiatría en esta institución, se lleva a cabo durante todas las fases del tratamiento: desintoxicación, deshabitación, reinserción y seguimiento, de igual manera los pacientes a quienes se determina la necesidad de un tratamiento ambulatorio deben recibir al menos una evaluación por psiquiatría.

Según la misma resolución, las instituciones de salud mental de mediana y alta complejidad deben contar con protocolos donde se establezca y se verifique que los pacientes sean evaluados a su ingreso y egreso por psiquiatría, y para Internación Hospitalaria y Parcial del consumidor de sustancias psicoactivas, debe existir así mismo un protocolo para que en su ingreso a la Institución sea valorado por el área de psiquiatría.

Según la Organización Mundial de la Salud una adicción es una enfermedad física y psicoemocional por dependencia física hacia una sustancia, actividad o relación que impacta negativamente en la vida de las personas, deteriora las relaciones personales e incluso puede incapacitarla para funcionar de manera efectiva en sus actividades cotidianas. Un psiquiatra está capacitado para reconocer estas esferas alteradas en la adicción y determinar el camino interdisciplinario a seguir con el paciente. Además, la presencia del psiquiatra en las instituciones hospitalarias para el tratamiento en adicciones es esencial debido a la frecuencia de la comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos relacionados con el uso de las sustancias (TUS), reconocido a nivel internacional como patología dual: Entre el 13% y el 45% de las personas que abusan de sustancias psicoactivas tienen una enfermedad mental. Del 15% al 50% de pacientes con esquizofrenia abusará de la cocaína alguna vez en la vida, del 53% al 100% de las personas con abuso de SPA (Sustancias Psico Activas) tiene un trastorno de personalidad.

La intervención por psiquiatría en la ESE hospital Carisma se rige por las guías clínicas de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con amplia aceptación y aplicabilidad en el ámbito terapéutico, por su enfoque basado en la evidencia, la cual realiza un análisis categorial de las intervenciones, según:

- I. Recomendado con una confianza clínica considerable.
- II. Recomendado con una confianza clínica moderada.
- III. Puede recomendarse en función de las circunstancias individuales.

Postulados básicos de la intervención por psiquiatría - Recomendación APA:

La asistencia o manejo psiquiátrico es la base del tratamiento en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias, sus objetivos son establecer y mantener un vínculo terapéutico, mantener una vigilancia del estado clínico del paciente, resolviendo las situaciones de intoxicación o abstinencia, elaborar y facilitar el cumplimiento de un plan de tratamiento, prevenir las recaídas, proporcionar educación acerca de los trastornos por consumo de sustancias y reducir la morbilidad y las secuelas de los mismos (I).

Los tratamientos farmacológicos son beneficiosos en pacientes seleccionados con trastornos por consumo de sustancias (II). Los tratamientos farmacológicos se pueden enmarcar en los siguientes grupos:

- Medicaciones para el tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia
- Medicaciones para reducir los efectos reforzadores de las sustancias de abuso
- Medicaciones que desincentivan el consumo de sustancias al introducir consecuencias desagradables cuando se toma en compañía de la sustancia de abuso.
- Desintoxicación o sustitución con agonistas
- Medicaciones para tratar trastornos o síntomas psiquiátricos asociados (II)

La hospitalización en la institución se ordena para algunos pacientes y se rige por los siguientes lineamientos:

- Pacientes con riesgo de síndrome de abstinencia moderado o complicaciones médicas. Los síndromes graves con descompensación deben ser remitidos a un hospital general.

- Pacientes con trastornos médicos crónicos o agudos pero que no representen riesgo para la vida del paciente
- Pacientes con antecedentes documentados de falta de cumplimiento o aprovechamiento de tratamiento en contextos menos restrictivos por ejemplo, ambulatorios.
- Pacientes con patología psiquiátrica asociada
- Pacientes cuyo consumo activo representa un peligro inminente para sí mismos o para otros. (I).

La asistencia hospitalaria parcial (hospital día) se contempla en los casos de pacientes que requieren cuidados importantes, pero en los cuales existe una probabilidad importante de evitación del consumo por fuera del contexto restrictivo\* (II).

El papel del psiquiatra en la ESE Hospital Carisma se puede enmarcar en los siguientes propósitos:

- a) Desarrollo y mantenimiento de un vínculo terapéutico:** Se parte de la premisa de que los pacientes que logran mejores resultados terapéuticos son los que mejor vínculo personal o institucional crean. El psiquiatra de la ESE Hospital Carisma se empeña en el desarrollo y mantenimiento del vínculo terapéutico durante todas las fases del proceso desde la intervención empática, la escucha activa y el conocimiento de las características de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Las intervenciones se llevan a cabo bajo un clima de confianza, intimidad, científicidad y profesionalismo, mediante el fortalecimiento del vínculo desde una actitud colaboradora con el usuario en la búsqueda de sus objetivos se puede llegar a hacer señalamientos y confrontaciones cuando estén indicados.
- b) Vigilancia del estado clínico del paciente:** Teniendo en cuenta el polimorfismo de las enfermedades mentales y su curso, el psiquiatra debe estar atento a la evolución, seguridad y variaciones en la presentación clínica de la enfermedad en el paciente durante el tratamiento, buscando el mantenimiento de una condición física y mental que favorezca el cambio en lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, así como el mayor bienestar subjetivo del usuario. Esta tarea se realiza desde la evaluación durante la intervención individual, la observación directa en los grupos y la información recibida por parte de otros profesionales del tratamiento que observan el individuo en otros espacios. La vigilancia del estado clínico de los pacientes incluye, la observación atenta de la actitud del paciente frente al cambio, la identificación y mantenimiento de su motivación y los problemas de conducta y adaptación que presenta durante el proceso de hospitalización o en la fase posterior de seguimiento.
- c) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados:** El diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales se realiza en las actividades de psiquiatría tanto en la consulta inicial como en el seguimiento. En estas se debe detectar además de la magnitud del consumo y de los problemas asociados, los síntomas y signos psicopatológicos que pueden conformar diagnósticos psiquiátricos. Los diagnósticos se realizan a partir de la observación clínica, la realización del examen mental y en ocasiones con ayuda de test paraclínicos. El tratamiento de la patología psiquiátrica detectada se realiza de acuerdo con el manual de guías clínicas nacionales o en su defecto de las adoptadas por la institución.
- d) Psicoeducación:** Al psiquiatra le corresponde educar acerca de estilos de vida saludable, concepto de salud mental, trastornos mentales y su manejo, técnicas cognitivo conductuales de prevención de recaída del consumo de sustancias psicoactivas, efectos de las drogas en la

salud física, mental y social, trastornos relacionados con sustancias, trastornos inducidos por sustancias, pronóstico y tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias y de los trastornos mentales, formas de continuación en el tratamiento, entre otros aspectos. El psiquiatra realiza educación en diferentes espacios de interacción con el paciente y su familia, es un componente importante en las fases iniciales de concientización del problema y de motivación al cambio. Igualmente, a través de las consultas individuales, los grupos de educación para la salud y con el uso del material educativo institucional, se brinda información a los pacientes para deshacer los mitos, distorsiones y creencias que mantienen el consumo.

**e) Otras tareas del psiquiatra:**

- Evaluar el resultado terapéutico de la farmacoterapia y los efectos secundarios que resulten de ésta y si es del caso, intervenir los efectos deletéreos.
- Ordenar los exámenes paraclínicos necesarios.
- Ordenar exámenes para detectar sustancias de abuso o dependencia y para la certificación de la abstinencia.

**Actividades del psiquiatra en hospitalización:**

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Evaluación individual	Al ingreso y cuando, durante el período de hospitalización del paciente, el equipo terapéutico lo considere necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación del vínculo terapéutico.</li> <li>• Análisis funcional de la conducta y del consumo</li> <li>• Incremento de la motivación al cambio (entrevista motivacional)</li> <li>• Evaluación de la magnitud del consumo en esferas social, laboral, escolar, familiar, personal.</li> <li>• Evaluación psicopatológica que permita establecer o descartar diagnósticos de trastornos relacionados con sustancias y diagnósticos de trastornos mentales concomitantes</li> <li>• Manejo farmacológico de la comorbilidad</li> <li>• Asesorar al paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del proyecto de vida</li> <li>• Fortalecimiento del manejo de emociones</li> <li>• Resolución de conflictos</li> <li>• Análisis cooperativo de dificultades normativas y de convivencia</li> <li>• Contención con la palabra</li> <li>• Contención farmacológica</li> <li>• Educación en aspectos del consumo de sustancias</li> <li>• Determinación de riesgos durante la atención</li> <li>• Evaluación de tolerancia con la medicación, efectos secundarios, efectividad.</li> <li>• Evaluación del estadio del proceso de cambio</li> <li>• Manejo de efectos adversos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guías clínicas</li> <li>• Evaluación de la historia clínica</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>

		<p>en manejo de técnicas de prevención de recaída</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar al paciente en manejo de ansiedad de consumo</li> <li>• Vigilancia del estado clínico del paciente que permita establecer la necesidad de remisión en caso de descompensación de una patología de base.</li> <li>• Vigilancia del ajuste con la medicación y de los posibles efectos adversos.</li> <li>• Intervención en crisis</li> <li>• Identificación de problemas familiares y remisión.</li> <li>• Manejo de situaciones de consumo.</li> <li>• Orientación al tipo de tratamiento más indicado.</li> <li>• Motivar frente al planteamiento de metas dentro del tratamiento.</li> <li>• Motivar con respecto a la continuidad del tratamiento ambulatorio.</li> </ul>	<p>medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de objetivos del paciente</li> <li>• Desarrollo de la historia clínica</li> </ul>	
Psicoterapia de grupo	Una vez a la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y educación sobre el concepto de patología crónica y de sus cuidados apropiados.</li> <li>• Introducción y motivación para la participación en grupos.</li> <li>• Identificación de las influencias grupales en la vida.</li> <li>• Enseñanza de los</li> </ul>	<p>Manejo de problemas (temas) habituales surgidos de la necesidad del grupo como: culpa, auto perdón, resentimiento, manejo de emociones, celos, problemas de pareja, manejo de los hijos, confianza perdida y recuperación de esta, valores y principios, resolución de conflictos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento.</li> <li>• Asistencia a grupos de apoyo.</li> <li>• Continuidad en</li> </ul>


		<p>principios de autoayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a la filosofía de los 12 pasos.</li> <li>• Motivación para el tratamiento a largo plazo.</li> <li>• Motivación para la ayuda a otros como medio de autoayuda.</li> <li>• Desmitificación de prejuicios frente al tratamiento farmacológico.</li> </ul>	<p>control de impulsos, empatía, miedo al cambio, lugar de víctima, autonomía, estilos de vida, hábitos, entre otros.</p>	<p>tratamientos ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la dinámica de grupo y de la participación de los asistentes</li> </ul>
<p>Reunión de equipo terapéutico o (Entrega de turno)</p>	<p>De lunes a viernes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir información por parte del equipo terapéutico sobre un determinado usuario o sobre situaciones conductuales, síntomas psicopatológicos o situaciones interpersonales o normativas que surgen en el tratamiento hospitalario.</li> <li>• Compartir información con el equipo terapéutico sobre psicopatología, motivación, límites, pronóstico, objetivos terapéuticos, condiciones particulares, actitud, ajuste farmacológico de un determinado usuario.</li> <li>• Participar en el manejo conductual, sancionatorio y psicoterapéutico de los usuarios.</li> <li>• Sugerir manejos apropiados tomando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el trabajo en equipo terapéutico y la comunicación entre las diferentes disciplinas que participan en el tratamiento.</li> <li>• Sugerir la intervención propia o de otros profesionales en un momento dado como producto de la evaluación actual.</li> <li>• Señalar dificultades administrativas que requieran intervención rápida para favorecer el desarrollo adecuado del tratamiento y el fortalecimiento institucional.</li> <li>• Contribuir a la construcción de estrategias que impacten en la calidad de la atención del paciente.</li> <li>• Respetar las decisiones tomadas por el equipo terapéutico para entregar la información a los pacientes y demás miembros de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a la actividad de forma puntual.</li> <li>• Impacto de las observaciones en el resultado de los tratamientos de los usuarios, evaluado por personal administrativo y clínico.</li> <li>• Actas de reunión</li> </ul>

		<p>en consideración la información obtenida a partir de todos los espacios y con la mejor información disponible, teniendo en cuenta el modelo y los principios de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar información al equipo correspondiente a la asamblea cuando se haya asistido en representación del mismo.</li> </ul>	<p>institución de manera unificada.</p>	
Asamblea de comunidad	Una vez por semana, alternando cada mes con otras especialidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representar al equipo terapéutico en este espacio.</li> <li>• Sintetizar los objetivos de la actividad frente a los asistentes a la reunión.</li> <li>• Ser referente como modelo de conducta, principios, autoridad, norma, justicia, entendimiento, diálogo, información.</li> <li>• Promover el cambio grupal con intervenciones motivacionales.</li> <li>• Hacer cierres y retroalimentación sobre los resultados de la reunión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la adaptación de los usuarios que recién ingresan.</li> <li>• Observar la conducta e intervenciones de los usuarios en la actividad.</li> <li>• Ayudar con la dirección o motivación de la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas de satisfacción de los usuarios.</li> <li>• Funcionalidad adecuada en la distribución del trabajo, cumplimiento de tareas y compromisos evaluada en las reuniones de comités.</li> </ul>

### 8.2.1.2. Toxicología:

La atención por el médico especialista en toxicología es un elemento de intervención médica en el contexto de una atención integral para el tratamiento de la farmacodependencia.

Las sustancias de abuso y en ocasiones los medicamentos para tratar las adicciones generan efectos tóxicos y comorbilidades que requieren de la intervención por toxicología

	<b>MODELO DE ATENCIÓN EN FARMACODEPENDENCIAS Y ADICCIONES</b>	Código: MA-GA-H:01
		Versión:02
		Fecha de actualización: 04/12/2018

en la institución.

El papel del toxicólogo en el equipo terapéutico consiste en:

- a) Identificar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en el paciente, los factores de riesgo relacionados con el consumo y realizar fase motivacional dirigida al cambio.
- b) Diagnosticar, tratar o direccionar las consecuencias de los efectos tóxicos y comorbilidades que se generan en el paciente por el uso y abuso de sustancias psicoactivas
- c) Diagnóstico y tratamiento del síndrome de abstinencia principalmente, por depresores del sistema nervioso central, ya que el conjunto de alteraciones clínicas generadas por la suspensión de este tipo de sustancias genera un riesgo considerable de morbilidad y mortalidad.
- d) Diagnosticar, tratar o direccionar el tratamiento de las complicaciones asociadas a las conductas de riesgo que se presentan bajo el uso de estas sustancias.
- e) Realizar seguimiento de los medicamentos o interacciones entre los mismos que se utilizan para el proceso terapéutico de los pacientes y que tienen riesgo elevado de eventos adversos o estrecho margen terapéutico.
- f) Diagnosticar, analizar, reportar y tratar los eventos adversos a los medicamentos que se presenten en la institución y las posibles fallas terapéuticas.
- g) Participar en el comité de farmacovigilancia.
- h) Brindar educación al paciente sobre los efectos de las sustancias psicoactivas, las enfermedades relacionadas y los métodos para prevenirlas. Crear conciencia sobre la enfermedad adictiva.
- i) Valoración de la toxicidad en la unidad madre feto en gestantes consumidoras de sustancias psicoactivas o de medicamentos que puedan representar un riesgo para el feto.
- j) Evaluación de los pacientes consumidores de opioides y su enlace y seguimiento en el programa de mantenimiento con metadona.
- k) Realizar psicoeducación a los pacientes hospitalizados y del programa ambulatorio por medio de la modalidad taller de salud, psicoeducativo o grupos de apoyo sobre temas como efectos nocivos de las sustancias psicoactivas, enfermedades relacionadas con el consumo, mitos vs realidad desde el punto de vista de estudios científicos sobre las sustancias psicoactivas y la importancia en la toma adecuada de medicamentos.
- l) Participar en la toma de decisiones durante las reuniones realizadas con el equipo terapéutico.

Deberán ser evaluados por toxicología los siguientes usuarios:

- 1- Pacientes con dependencia o abuso de depresores del SNC como alcohol, benzodiazepinas, benzodiazepínicos o sustancias Z y opioides (la primera evaluación debe ser idealmente entre el 2do y 5to día posterior al ingreso).
- 2- Los usuarios de drogas intravenosas deberán ser evaluados en la fase de desintoxicación debido al riesgo de infecciones que deberán ser detectadas y tratadas oportunamente.
- 3- Pacientes con paraclínicos alterados que sugieran efectos tóxicos o comorbilidades asociadas al consumo o a las actividades de riesgo relacionadas con este. (En cualquiera de las fases).
- 4- Pacientes con diagnóstico previo al ingreso de comorbilidades asociadas al consumo de sustancias o con sintomatología sugestiva de estas.
- 5- Pacientes quienes reciben medicamentos de estrecho margen terapéutico de acuerdo al listado publicado por el Invima como: Carbamazepina, Oxcarbamazepina, Ácido valproico, Levotiroxina,



Fenitoína, Carbonato de litio, Ciclosporina, Tacrolimus, Metrotexato, Teofilina, Warfarina y Digoxina. (Idealmente entre el 5to y 7mo día después de iniciado el medicamento)


- 6- Pacientes con reacciones adversas a medicamentos entendiéndose este término como una respuesta a un medicamento que es nociva y no intencionada, y que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el hombre. (se evaluará en la fase del proceso en que se presente).
- 7- Pacientes detectados por el regente de farmacia o cualquier funcionario del equipo terapéutico que identifique posibilidad de presentar interacciones medicamentosas serias o moderadas. (se evaluará en la fase del proceso en que se detecte).
- 8- Pacientes con sospecha de fallo terapéutico para hacer un análisis de la situación; lo cual requiere evaluar las características específicas del paciente, la gravedad de su patología, su condición clínica y su capacidad de respuesta inmune, tener presente si el medicamento es el más adecuado, si hay resistencia, si la dosis, la duración del tratamiento y la dispensación fueron adecuadas, Descartar una interacción o un evento adverso (se evaluará en la fase del tratamiento en que se identifique).

Si no se identifica la causa del fallo terapéutico se direcciona para ser estudiado el caso por el regente de farmacia y el comité de farmacia con el fin de descartar los factores relacionados con el medicamento, verificando que la casa farmacéutica que suministra el producto cuente con: registro, buenas prácticas de manufactura, certificación de la procedencia del principio activo, la representación legal de la empresa que lo está vendiendo, el lote de procedencia y la fecha de vencimiento del lote, verificar condiciones de almacenamiento, dispensación, reconstitución, dilución, administración y uso del medicamento.

**Actividades del toxicólogo:**

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Evaluación individual	Quando, durante el periodo de hospitalización del paciente, el equipo terapéutico lo considere necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación del vínculo terapéutico.</li> <li>• Incremento motivacional al cambio (entrevista motivacional).</li> <li>• Evaluación de la magnitud del consumo.</li> <li>• Detección de los factores de riesgo asociados al consumo.</li> <li>• Diagnóstico de posibles comorbilidades o toxicidad asociadas al consumo.</li> <li>• Manejo farmacológico de la adicción, o las comorbilidades que se identifiquen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del proyecto de vida.</li> <li>• Fortalecimiento del manejo de emociones</li> <li>• Confrontación por dificultades normativas y de convivencia.</li> <li>• Contención con la palabra.</li> <li>• Contención farmacológica.</li> <li>• Educación al paciente y a la familia en aspectos relacionados con el consumo de sustancias.</li> <li>• Educar para la prevención de enfermedades infecciosas.</li> <li>• Determinación de riesgos durante la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guías clínicas.</li> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de ansiedad de consumo.</li> <li>• Vigilancia del estado clínico del paciente.</li> <li>• Vigilancia del ajuste con la medicación.</li> <li>• Vigilancia de reacciones adversas a medicamentos.</li> <li>• Vigilancia y análisis de posibles casos de fallo terapéutico de origen farmacológico.</li> <li>• Intervención en la posible toxicidad en la unidad madre-feto.</li> <li>• Hacer ingresos hospitalarios cuando estos no puedan ser realizados por el psiquiatra</li> <li>• Realizar seguimientos periódicos de los pacientes hospitalizados y ambulatorios susceptibles de manejo por esta especialidad.</li> </ul>	<p>atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la seguridad del paciente en cuanto al uso de medicamentos.</li> <li>• Manejo de efectos adversos de medicamentos.</li> <li>• Análisis de objetivos del paciente.</li> <li>• Enseñar técnicas de prevención de recaída al paciente y la familia.</li> <li>• Crear conciencia en el paciente y la familia sobre las consecuencias relacionadas con el consumo de sustancias de abuso.</li> <li>• Orientación al tratamiento ambulatorio.</li> <li>• Orientación y enlace con el programa de mantenimiento con metadona</li> </ul>	
Grupos de apoyo o Taller de salud	Una vez al mes	Concientizar al paciente de los efectos nocivos de las sustancias de abuso y del mal uso de los medicamentos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Asistencia a grupos de apoyo</li> </ul>
Reunión de equipo terapéutico (Entrega de turno)	Lunes, miércoles y viernes	Tomar decisiones de manera interdisciplinaria aportando al equipo conceptos desde la visión del toxicólogo que mejoren la seguridad y la efectividad de la		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> </ul>

	<b>MODELO DE ATENCIÓN EN FARMACODEPENDENCIAS Y ADICCIONES</b>	Código: MA-GA-H:01
		Versión:02
		Fecha de actualización: 04/12/2018

		terapia en los pacientes	
Rondas clínicas	3 veces por semana	Evaluar a los pacientes que se encuentren descompensados en cuanto a comorbilidades, toxicidad o síndrome de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la seguridad de los pacientes hospitalizados en la institución.</li> <li>• Disminuir las complicaciones de los pacientes hospitalizados en la institución.</li> <li>• Disminuir la tasa de mortalidad en la institución</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de satisfacción del usuario.</li> <li>• Instrumento o de evaluación de resultados de tratamiento</li> </ul>

### 8.2.1.3. Medicina especializada en farmacodependencia:

En el modelo de tratamiento ofrecido por la ESE Hospital Carisma, la atención médica y la farmacoterapia, son consideradas uno de los pilares del tratamiento y el médico especialista en farmacodependencia participa activamente en este tipo de atención mediante actividades de consulta médica en las valoraciones iniciales, ingresos y egresos hospitalarios y consultas de seguimiento. En estas atenciones, una vez hechos los diagnósticos de trastornos por uso de sustancias y su severidad, y de los trastornos mentales y físicos asociados, el médico especialista decide la modalidad de tratamiento más adecuada para el paciente, prescribiendo las órdenes de hospitalización total o parcial o el ingreso a programas ambulatorios.

En el caso de los pacientes hospitalizados, diagnostica, trata y supervisa los síndromes de abstinencia, labor compartida con los demás médicos de la institución (Psiquiatra, toxicólogo y médico general); prescribe los exámenes de laboratorio y los medicamentos necesarios de acuerdo a la patología del paciente y decide qué pacientes requieren interconsultas prioritarias con los demás miembros del equipo terapéutico.

Entre las consecuencias del consumo crónico de sustancias se encuentra una gran variedad de patologías que afectan prácticamente todos los sistemas orgánicos y además, numerosos estudios a nivel mundial y nacional refieren una prevalencia cada vez mayor de VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y otras infecciones; así como un número creciente de pacientes embarazadas en población que padece trastornos por uso de sustancias psicoactivas; lo anterior sustenta la necesidad creciente de personal médico en los equipos que atienden personas adictas a drogas.

La atención del médico especialista en farmacodependencia está avalada por las guías internacionales y nacionales sugeridas por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Psiquiátrica Americana, la Asociación Nacional contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), la Comisión internacional contra el abuso de drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA) y por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Adicionalmente, aunque no menos importante, el médico especialista en farmacodependencia realiza trabajo psicoeducativo y motivacional de manera permanente en consulta individual y de

manera grupal en los grupos de apoyo y psicoeducativos de la escuela de salud; también contribuye al trabajo interdisciplinario mediante la participación en las reuniones de entrega de turno y en los staff académicos.

**Actividades del médico especialista en farmacodependencia:**

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Evaluación individual	Cuando, durante el periodo de hospitalización del paciente, el equipo terapéutico lo considere necesario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer estado de salud física y mental y hacer diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias y su severidad en valoraciones iniciales.</li> <li>• Hacer ingresos hospitalarios cuando estos no puedan ser realizados por el psiquiatra</li> <li>• Realizar seguimientos periódicos de los pacientes hospitalizados y ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear y mantener el vínculo terapéutico</li> <li>• Educar sobre la enfermedad adictiva y sus consecuencias</li> <li>• Evaluar estado motivacional tratando de mejorar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.</li> <li>• Indagar por factores de riesgo y protección.</li> <li>• Fortalecer manejo emocional y de técnicas de manejo de ansiedad.</li> <li>• Educar sobre manejo de recaídas.</li> <li>• Manejo farmacológico del craving, el síndrome de abstinencia y otras comorbilidades físicas.</li> <li>• Vigilancia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guías clínicas.</li> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento.</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>

			<p>constante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contención en casos de deseo de abandono.</li> <li>• Fortalecimiento de proyecto de vida.</li> <li>• Confrontación en caso de dificultades normativas y de convivencia</li> </ul>	
<p>Reunión de equipo terapéutico (Entrega de turno)</p>	<p>Lunes, martes, jueves y viernes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir información por parte del equipo terapéutico sobre un determinado usuario o sobre situaciones conductuales, síntomas psicopatológicos o situaciones interpersonales o normativas que surgen en el tratamiento hospitalario.</li> <li>• Compartir información con el equipo terapéutico sobre psicopatología, motivación, límites, pronóstico, objetivos terapéuticos, condiciones particulares, actitud, ajuste farmacológico de un determinado usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de problemas (temas) habituales surgidos de la necesidad del grupo como: culpa, auto perdón, resentimiento, manejo de emociones, celos, problemas de pareja, manejo de los hijos, confianza perdida y recuperación de esta, valores y principios, resolución de conflictos, control de impulsos, empatía, miedo al cambio, lugar de víctima, autonomía, estilos de vida, hábitos, entre otros.</li> <li>• Fortalecer el trabajo en equipo terapéutico y la comunicación entre las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia.</li> <li>• Impacto de las observaciones en el resultado de los tratamientos de los usuarios, evaluado por personal administrativo y clínico.</li> <li>• Actas de reunión</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en el manejo conductual, sancionatorio y psicoterapéutico de los usuarios.</li> <li>• Sugerir manejos apropiados tomando en consideración la información obtenida a partir de todos los espacios y con la mejor información disponible, teniendo en cuenta el modelo y los principios de tratamiento.</li> </ul>	<p>diferentes disciplinas que participan en el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerir la intervención propia o de otros profesionales en un momento dado como producto de la evaluación actual.</li> <li>• Señalar dificultades administrativas que requieran intervención rápida para favorecer el desarrollo adecuado del tratamiento y el fortalecimiento institucional.</li> <li>• Contribuir a la construcción de estrategias que impacten en la calidad de la atención del paciente.</li> <li>• Respetar las decisiones tomadas por el equipo terapéutico para entregar la información a los pacientes y demás miembros de la institución de manera unificada.</li> </ul>	
<p>Actividades grupales psicoeducativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 vez a la semana para pacientes de</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listados de asistencia.</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

y grupos de apoyo	<p>tabaquismo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos terapéuticos intrahospitalarios para pacientes en diferentes fases.</li> <li>• Cuando se asigne en Escuela de salud</li> </ul>			<p>de la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento.</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>
-------------------	--	--	--	---

#### 8.2.1.4. Medicina general

El papel del médico general en el programa de farmacodependencia se basa principalmente en brindar tratamiento integral y continuo a las personas con alteraciones en su estado de salud, sean agudas o crónicas y sean o no causadas por el uso de sustancias psicoactivas, con el fin de garantizar un adecuado manejo de estas, para lograr una cura o estabilidad de las mismas, basados en evidencia científica y dando uso continuo a las nuevas tecnologías para beneficio del paciente.

La intervención del médico general en la institución se lleva a cabo durante el tratamiento intrahospitalario, en fases de desintoxicación, deshabitación y reinserción, dado que durante este periodo el paciente puede presentar algún síntoma que afecte su desempeño de alguna manera y necesite ser intervenido, con el fin de mejorar su estado de salud y que el paciente pueda continuar con las actividades propuestas por el equipo terapéutico.

Además, se convierte en un componente importante en la fase ambulatoria y de seguimiento como apoyo en la transcripción de formulas médicas y seguimiento de los pacientes del programa de metadona bajo la supervisión de psiquiatría.

#### El papel del médico general:

1. Detectar enfermedades crónicas que pueda padecer el paciente y que, por su condición de farmacodependencia, no tienen un buen control o aún no han sido diagnosticadas.
2. Identificar alteraciones físicas causadas por efecto del uso crónico de las sustancias psicoactivas.
3. Detectar enfermedades infectocontagiosas tales como VIH, Hepatitis B y C, Sífilis, Tuberculosis, entre otras; más prevalentes en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas por sus conductas de riesgo.
4. Manejo de condiciones agudas o crónicas agudizadas, que pueda presentar el paciente durante la hospitalización.
5. Facilitar la desintoxicación y deshabitación del paciente, para que así pueda tener una mejor adherencia al manejo ambulatorio.
6. Atender la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico para evitar así complicaciones derivadas del mismo, además evitar abandono del tratamiento.

7. Brindar al paciente una adecuada educación, acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico.
8. Evaluación inicial de las gestantes, para garantizar un adecuado estado de salud del binomio materno-fetal.
9. Detección de complicaciones en la paciente gestante durante la fase de hospitalización, para prevenir posibles alteraciones en el momento del parto.
10. Asesoría en planificación familiar.
11. Atención y manejo de urgencias y emergencias que ponen en riesgo la vida del paciente, que se presentan durante la fase de hospitalización, garantizando estabilización del paciente y remisión a un nivel de mayor complejidad en caso de requerirlo.
12. Realizar asesoría grupal en escuela de salud, con el fin de educar a los pacientes acerca de temas correspondientes al cuidado de las enfermedades y mejoría de su estado físico.
13. Brindar información para la toma de decisiones acerca de los pacientes, en reunión con equipo terapéutico.
14. Promoción y prevención de enfermedades.
15. Realizar las transcripciones de formulas a los pacientes que están en el programa de seguimiento o de manejo ambulatorio y que no tienen criterios para evaluación por especialista, según la periodicidad ordenada por este, pero que requieren del tramite de la transcripción para poder continuar su tratamiento.
16. Apoyar el seguimiento de los pacientes del programa de metadona, bajo supervisión del psiquiatra, en lo relacionado a evaluación médica, revisión de exámenes, interpretación de pruebas de tóxicos y transcripción de fórmulas, realizando las modificaciones en la prescripción que dicte el especialista encargado del programa.

**Quiénes deberán ser evaluados por medicina general:**

1. Pacientes con enfermedades crónicas tales como EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, insuficiencia cardiaca, entre otras.
2. Pacientes con enfermedades catastróficas como: cáncer, enfermedad renal crónica, ACV (Ataque cerebrovascular), secuelas pos TEC (Trauma craneoencefálico), etc.
3. Pacientes con dependencia al alcohol y opioides, idealmente al día siguiente del ingreso, con el fin de determinar posibles complicaciones a causa de la ingesta de las sustancias, además para identificar síndrome de abstinencia.
4. Pacientes con diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas.
5. Pacientes que presenten alteración en los paraclínicos ordenados al ingreso.
6. Todas las maternas que ingresen al programa, estas deberán ser evaluadas por lo menos 2 veces a la semana.
7. Pacientes que refieren alguna sintomatología que genere molestia o incapacidad.
8. Pacientes que presenten alguna reacción adversa a la medicación (se hará manejo en conjunto con toxicología).
9. Pacientes con sintomatología dental (se realiza la primera evaluación y se determina la necesidad de ser visto por odontología de manera prioritaria).
10. Todas las mujeres en edad fértil, al menos una vez durante la hospitalización, con el fin de determinar factores de riesgo y realizar asesoría de planificación familiar.
11. Pacientes con síndromes de abstinencia (se realizará manejo en conjunto con toxicología o psiquiatría).
12. Urgencias o emergencias que pueda presentar algún paciente durante la hospitalización (se realiza estabilización del paciente y se determina si requiere otro nivel de atención).



**Actividades del médico general en hospitalización:**

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación.
Ingreso hospitalario, consulta individual	Quando, durante el periodo de hospitalización del paciente, el equipo terapéutico lo considere necesario o cuando el paciente, a través de enfermería soliciten la intervención médica y esta lo considere pertinente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación del vínculo terapéutico.</li> <li>• Evaluación completa e integral del paciente.</li> <li>• Detección de antecedentes personales y familiares de importancia.</li> <li>• Detección de enfermedades infectocontagiosas.</li> <li>• Detección de enfermedades agudas y crónicas.</li> <li>• Detección de comorbilidades asociadas en las maternas.</li> <li>• Solicitud de paraclínicos de ingreso.</li> <li>• Valoración del estado general del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y prevención.</li> <li>• Manejo de enfermedades crónicas.</li> <li>• Lograr adecuada adherencia al manejo farmacológico.</li> <li>• Detección de riesgo epidemiológico.</li> <li>• Llevar a cabo el procedimiento de referencia y contrarreferencia cuando sea necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario.</li> </ul>
Revisión de exámenes de laboratorio	Diariamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar enfermedades infectocontagiosas.</li> <li>• Determinar ingesta de sustancias psicoactivas.</li> <li>• Determinar alteraciones crónicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo farmacológico en caso de detectarse alguna complicación.</li> <li>• Manejo de enfermedades infectocontagiosas.</li> <li>• En caso de VIH, remisión oportuna para iniciar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar mejoría del paciente.</li> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> </ul>

		<p>causadas por el uso de sustancias psicoactivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado de las enfermedades que padece el paciente.</li> </ul>	<p>adecuado manejo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diligenciar fichas epidemiológicas.</li> </ul>	
Consulta prioritaria	Depende de la necesidad de cada paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar solución a condiciones agudas que pueda presentar el paciente durante su hospitalización.</li> <li>• Realizar diagnóstico oportuno y evitar complicaciones futuras.</li> <li>• Manejo del dolor y remisión oportuna en caso de patología dental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar mejoría a su estado clínico, para que el paciente pueda continuar con sus actividades.</li> <li>• Evitar que las enfermedades diagnosticadas evolucionen a complicaciones graves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar mejoría del paciente.</li> <li>• Nivel de satisfacción del usuario</li> </ul>
Urgencias y emergencias	Depende de la necesidad de cada paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender y acompañar al paciente en caso de que se presente una situación que ponga en riesgo su vida o su integridad física.</li> <li>• Manejo adecuado de cualquier urgencia que se presente, basado en soporte vital básico y avanzado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservar la vida del paciente.</li> <li>• Remitir en caso de ser necesario.</li> <li>• Manejo de sobredosis, intoxicaciones y síndromes de abstinencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución del paciente.</li> <li>• Cumplimiento de guías de soporte vital.</li> <li>• Satisfacción del usuario</li> </ul>
Consulta general	Cuando los pacientes presenten al ingreso la necesidad de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud de la gestante.</li> <li>• Ingreso a controles prenatales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección del binomio materno-fetal.</li> <li>• Lograr adecuada adherencia a la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción del usuario.</li> <li>• Cumplimiento de guías clínicas.</li> </ul>

	<p>seguimiento por embarazo, enfermedades crónicas o seguimiento a la evolución por tratamientos externos.</p> <p>La periodicidad será individualizada según cada caso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de complicaciones que puedan presentarse durante el embarazo.</li> <li>• Asesoría en planificación familiar.</li> <li>• Acompañamiento y asesoramiento en enfermedades crónicas.</li> <li>• Seguimiento y control de enfermedades del adulto.</li> <li>• Activación y seguimiento de código fucsia y evaluación de pacientes víctimas o sospecha de ser víctimas de violencia sexual.</li> </ul>	<p>planificación familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar complicaciones en enfermedades crónicas.</li> <li>• Lograr adecuado control y manejo de enfermedades crónicas.</li> <li>• Lograr adherencia a los tratamientos farmacológicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución del paciente.</li> </ul>
<p>Escuela de salud</p>	<p>1 al mes, actividad grupal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a los pacientes la importancia de cuidar su cuerpo.</li> <li>• Enseñar los signos de alarma por los cuales deben consultar.</li> <li>• Enseñar hábitos de vida saludable.</li> <li>• Promoción y prevención.</li> <li>• Salud dental.</li> <li>• Salud reproductiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr mejoría en su estado general.</li> <li>• Lograr que sepan la importancia de su imagen corporal.</li> <li>• Mejoría de su estado físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de satisfacción del usuario.</li> </ul>

**8.2.1.5. Psicología**

La intervención por psicología se propone desde la atención integral, a través de la identificación de problemáticas, necesidades o demandas del paciente; las cuales se abordan en las terapias individuales y grupales. Estas intervenciones se basan en la terapia cognitivo-conductual, con componentes críticos para el tratamiento efectivo en las conductas adictivas; los objetivos del tratamiento psicológico se dirigen a procurar que los Individuos recuperen el adecuado funcionamiento en sus diferentes áreas de desempeño laboral, legal, familiar, psicológico y social. Teniendo en cuenta aspectos biológicos, conductuales y sociales.

La psicoterapia individual y grupal de orientación cognitivo conductual, se desarrolla en un ambiente de internamiento total (hospital total), parcial (hospital día) y ambulatorio. Incluye varias estrategias a nivel individual y grupal para el aprendizaje de la prevención de recaídas, reconocimiento y manejo de ansiedad, manejo de las emociones, habilidades sociales y manejo del enojo; ambas intervenciones incluyen varias estrategias que pueden favorecer la modificación de los procesos cognitivos, que dan lugar a las conductas mal adaptativas en las personas que consumen sustancias.

Luego, en la fase de seguimiento, las intervenciones por psicología se llevarán a cabo a través de los grupos de apoyo de manera semanal y las citas individuales de seguimiento, cuya frecuencia depende de las condiciones individuales del paciente.

Las intervenciones se constituyen a través de modelos psicológicos, que generan mejores respuestas en los individuos durante el tratamiento de la farmacodependencia. Dentro de estas modalidades de atención, se encuentran los siguientes:

- a) **Entrevista y terapia motivacional:** La Entrevista Motivacional (EM) representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta. Con esta se trata de promover la motivación del paciente y explorar las razones que promueven el deseo de cambio.

Este método se basa en la empatía y la cordialidad, combinando el estilo terapéutico empático y de apoyo. También asume la teoría de la auto percepción de Bem (1972), según la cual las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden, motivo por el cual la EM explora las razones que da el paciente para cambiar, enfatizando su autonomía, el cómo, cuándo o si es adecuado cambiar. El objetivo de este modelo es lograr que el paciente se plantee como meta el abandono de la conducta adictiva y el consumo, además de mantener la motivación para hacerlo.

Frente a intervenciones más directivas, desde la terapia motivacional se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes. El objetivo es que el paciente avance a través de los distintos estadios de cambio acompañado por el terapeuta.

Dentro del tratamiento de las adicciones, este tipo de intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados y son los pacientes con menores niveles de motivación los que resultan más beneficiados del uso de este tipo de técnicas.

Los estudios indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios, pero esta motivación disminuye con el paso del tiempo.

**Nivel de evidencia 1:**

- Sus efectos decaen con el tiempo. Eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.
- Está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio antes de iniciar el tratamiento.
- La Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento.

**Nivel de evidencia 2:**

- Puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.
- Incrementa la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento incluida en tratamientos estructurados y duraderos.
- Su utilidad parece que radica más en potenciar variables importantes en el proceso como la participación, la adherencia o la satisfacción que en los resultados del tratamiento en sí.

- b) **Terapia cognitivo – conductual:** Las terapias cognitivo – conductuales, representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Esta teoría se basa en el hecho de que las adicciones son conductas aprendidas que pueden ser modificadas; las aproximaciones cognitivas inicialmente se orientan a cambiar las conductas adictivas, modificando las cogniciones erróneas que ayudan a mantener esta conducta. La terapia cognitivo conductual, se enfoca en el desarrollo de las estrategias que favorecen el autocontrol.

Entre las técnicas cognitivo conductuales utilizadas en la ESE Hospital Carisma se incluyen:

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Prevención de recaídas
- Entrenamiento en manejo del estrés
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en habilidades de comunicación
- Entrenamiento en habilidades para la vida
- Entrenamiento en manejo de la ira

**Nivel de evidencia 1:**

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas.
- Respecto al formato de tratamiento, la terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto en formato grupal como individual.
- Respecto a la duración, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo conductual mejores resultados a largo plazo.

- Respecto a la duración de los efectos, con la terapia cognitivo conductual los efectos se extienden más allá del tratamiento pero con el tiempo decaen.
- La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades psicológicas o farmacológicas es más eficaz que cada uno de los componentes de forma aislada.

**Nivel de evidencia 2:**

- Es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con psicopatología asociada.
  - En solitario o con terapia farmacológica produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero estos cambios decaen tras el tratamiento.
- c) **Programa de prevención y manejo de recaídas:** Este modelo de intervención, se puede definir como un programa de autocontrol, diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas adictivas y aumentar el mantenimiento del cambio conductual. Marlatt y Gordon (1986), consideran las conductas adictivas como un hábito adquirido que puede eliminarse y/o modificarse aplicando los principios del aprendizaje: clásico, instrumental y aprendizaje social. En este modelo los factores cognitivos- conductuales, como la auto eficacia y las expectativas del sujeto ante los posibles resultados tienen un papel clave al momento de entender la recaída, y se deben abordar durante la intervención.

A lo largo del programa de intervención conductual el terapeuta tiene que realizar una evaluación continuada de los siguientes aspectos: Situaciones de alto riesgo, estados de ánimo negativos, actitudes, sentimientos y pensamientos que desencadenan una recaída, conductas de recaída y otros factores como eventos vitales, trastornos mentales, entre otros).

Las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de la recaída son: identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, auto registro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del *craving*, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas.

**Nivel de evidencia 1:**

La prevención de recaídas es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas.

Existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999). Se ha comprobado que entre los tratamientos psicosociales los que más eficacia mostraron fueron las intervenciones breves y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Para el tratamiento de la adicción a cocaína, la terapia cognitivo conductual presenta mayor eficacia que otras modalidades del tratamiento.

Desde el área psicológica, la planeación y el desarrollo del programa personalizado de intervención consistiría en:

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Evaluación individual	Semanalmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear vínculo terapéutico.</li> <li>• Incrementar el estado motivacional al cambio (entrevista motivacional).</li> <li>• Evaluar el estado emocional</li> <li>• Afianzar la conciencia de enfermedad</li> <li>• Fortalecer la capacidad de introspección</li> <li>• Reforzar la motivación del tratamiento y la adherencia a este.</li> <li>• Prevención o manejo de recaídas, según la fase del tratamiento</li> <li>• Potencializar las respuestas asertivas</li> <li>• Orientar la Estructuración del Proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar capacidades y oportunidades para la elaboración del proyecto de vida.</li> <li>• Fortalecer el manejo de emociones.</li> <li>• Reforzar el seguimiento de las normas institucionales.</li> <li>• Favorecer la contención en momentos de crisis o deseos de abandonar el tratamiento.</li> <li>• Evaluar el estadio del proceso de cambio.</li> <li>• Analizar los objetivos del paciente.</li> <li>• Identificar logros obtenidos durante el tratamiento.</li> <li>• Educar sobre herramientas para el manejo de la enfermedad (resolución de conflictos, alternativas de solución, manejo de la ansiedad, emociones y estrés, estrategias de afrontamiento, entre otros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guías clínicas</li> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>
Módulo grupal: Entrenamiento en	Semanalmente	Entrenar al paciente en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El manejo adecuado de las emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la Prevención de recaídas y mejoras en las relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> </ul>

<p>competencias sociales</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas cognitivo – conductuales para el manejo adecuado de la ansiedad de consumo.</li> <li>• Manejo adecuado del enojo.</li> <li>• Adquirir y reforzar comportamiento o pensamientos que permita resolver una situación de riesgo de manera exitosa.</li> <li>• Mejorar las relaciones interpersonales.</li> </ul>	<p>Interpersonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a la comprensión de la ansiedad como síntoma de la enfermedad.</li> <li>• Reconocer los estímulos desencadenantes y síntomas de aparición de la ansiedad de consumo.</li> <li>• Conocer y Aplicar el método del autocontrol de la ira y las señales relacionadas con esta emoción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación consultas individuales</li> </ul>
<p>Psicoterapia de grupo (Adolescentes)</p>	<p>Una vez a la semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar demandas o situaciones problemáticas identificadas por los pacientes.</li> <li>• Buscar alternativas de solución y prevenir recaídas.</li> <li>• Favorecer la adquisición de herramientas para la toma de decisiones oportunas y adecuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar situaciones de riesgo y estrategias para enfrentarlos adecuadamente.</li> <li>• Identificar elementos de protección, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentran.</li> <li>• Reforzar la importancia de la norma, los límites y la supervisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> </ul>
<p>Taller de auto conocimiento</p>	<p>Una vez a la semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer actitudes, comportamientos y hábitos personales.</li> <li>• Modificar percepciones sobre sí mismos.</li> <li>• Favorecer el autocontrol, la autonomía y la introspección.</li> <li>• Mejorar los auto esquemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fortalezas y debilidades a nivel individual.</li> <li>• Favorecer la modificación de creencias irracionales sobre sí mismo.</li> <li>• Analizar la percepción de bienestar como resultado de la abstinencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Evaluación consultas individuales</li> </ul>



Taller de reflexión dirigida	Cada 15 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconstruir los componentes internos, estructurales, del sujeto.</li> <li>Fortalecer comportamientos protectores.</li> <li>Afianzar la imagen de si mismo.</li> <li>Favorecer el autocontrol, la autonomía y la introspección.</li> <li>Mejorar los auto esquemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar fortalezas y debilidades a nivel individual.</li> <li>Favorecer la modificación de creencias irracionales sobre si mismo.</li> <li>Analizar la percepción de bienestar como resultado de la abstinencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la historia clínica.</li> <li>Evaluación consultas individuales</li> </ul>
Afectividad	Cada 15 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la inteligencia emocional, la comunicación afectiva, la gratitud, la empatía y la asertividad.</li> <li>Facilitar el reconocimiento de bienestar que genera el dar y recibir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforzar elementos para el manejo adecuado de las emociones.</li> <li>Brindar herramientas que favorezcan la comunicación afectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la historia clínica.</li> <li>Evaluación consultas individuales</li> </ul>
Proyecto de vida	Una vez a la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer la identificación de factores de riesgo, de protección, metas, recursos y estrategias para el cumplimiento de objetivos propuestos.</li> <li>Orientar en la construcción un proyecto de vida acorde a su realidad personal y social, teniendo en cuenta oportunidades, expectativas, sueños y metas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar la planeación y la búsqueda de alternativas de solución.</li> <li>Identificar red de apoyo socio familiar.</li> <li>Identificar ofertas laborales y/o académicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartillas (proyecto de vida).</li> <li>Evaluación de la historia clínica.</li> <li>Evaluación consultas individuales</li> </ul>
Grupos de apoyo	Semanalmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar ayuda mutua a partir de experiencias,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar nuevos lazos y relaciones sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia a grupos de apoyo.</li> </ul>

		<p>estrategias y habilidades de afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar recursos para el manejo adecuado de la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar algunas situaciones expuestas en el grupo.</li> <li>• Identificar factores de protección y de riesgo.</li> <li>• Fortalecer la red de apoyo social.</li> </ul>	
Asamblea de comunidad	Una vez a la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el funcionamiento del grupo de pacientes durante la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar trabajo en grupo, responsabilidad, habilidades ocupacionales, cognitivas, habilidades ejecutivas, solución de dificultades, y comunicación.</li> <li>• Identificar logros obtenidos en el paciente.</li> <li>• Tomar decisiones terapéuticas con pacientes según las evidencias de cada comité.</li> <li>• Destacar logros, fortalezas, debilidades, dificultades presentadas, en el trabajo en equipo durante la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de cada asamblea.</li> </ul>

### 8.2.1.6. Trabajo social

El origen multicausal de las farmacodependencias y las diversas áreas personales que suelen verse afectadas, hacen necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, mentales, psicológicos, familiares, sociales y ocupacionales de cada paciente.

En este abordaje interdisciplinar, se aúnan las aportaciones de distintas áreas profesionales, de modo que no se plantean intervenciones segmentadas, sino que se articulan en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y a las diferentes situaciones que se presentan en cada una de las fases del proceso de intervención,

mediante un sistema de evaluación continua del paciente y de sus circunstancias, teniendo en cuenta que la mejoría de cada una de las áreas afectadas va a influir positivamente, de forma directa e inmediata en el resto.

En este sentido, la función de trabajo social dentro del equipo de tratamiento, es evaluar, intervenir y hacer seguimiento del estado del paciente y su grupo familiar a través de los modelos sistémico-constructivista y cognitivo conductual donde se establece que todos los integrantes del grupo familiar están comprometidos, pues siempre, de una u otra manera el comportamiento de uno incide en el funcionamiento del otro y la modificación del pensamiento de uno de sus miembros frente a la adicción, logra necesariamente la modificación de la familia.

Desde esta perspectiva, la intervención del área de trabajo social en el tratamiento, resulta clave, ya que incluye, no solo la acción directa con los pacientes, sino también, con sus familias, como el medio social próximo y con la sociedad en su conjunto, con el fin de propiciar cambios positivos en el patrón de relaciones y crear estrategias para el fortalecimiento de la red social de apoyo, considerando de una forma especialmente importante el sentirse miembros activos y participativos de la sociedad, y lograr el mayor grado posible de integración familiar, social y laboral.

#### **Enfoque teórico de intervención - Modelo sistémico-constructivista en intervenciones sociales:**

En la década de los años 80 distintos terapeutas sistémicos (Hoffman, 1993; Sluzki, 1985) han ido adoptando progresivamente una perspectiva constructivista, que ha supuesto un importante cambio. Poco a poco el constructivismo se ha establecido en una nueva postura epistemológica que propone que el sujeto (observador) construye activamente el mundo externo y que la realidad puede ser interpretada de muchas formas distintas (Watzlawick 1988). Sin embargo, el constructivismo no se presenta como una alternativa al modelo sistémico, sino como una perspectiva que surge de una reflexión epistemológica que abarca el uso de muchas de las intervenciones sistémicas (Neimeyer y Mahoney, 1998). Lynn Hoffman describió la evolución del movimiento sistémico hacia una postura sistémico constructivista (Hoffman, 1985, 1990, 1996), destacando sobre todo el cambio terapéutico resultante de poner el énfasis sobre los significados compartidos por la familia en vez de en las secuencias de conductas, es decir, a estudiar como construyen la conducta diferentes miembros de la familia.

El modelo sistémico se basa en dos principios generales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000). Primero, que la familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar y segundo, que los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia.

Este modelo sostiene que sólo se necesita un cambio y se basa en el concepto sistémico de que cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de los componentes. Esta noción teórica se encontró experimentalmente en dos estudios realizados por el NIDA (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos) con jóvenes usuarios de drogas y sus familias (Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-Vidal y Hervis, 1986).

Aplicando el modelo sistémico-constructivista, llegaron a la siguiente conclusión: Es posible cambiar el sistema familiar entero a través del cambio de uno sólo de sus miembros.

#### **Modelo cognitivo conductual en intervención socio familiar:**

La teoría cognitiva, desarrollada por Beck, postula que "la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores".

La base teórica a partir de la cual se desarrollaron principalmente los modelos cognitivos conductuales de intervención familiar son los principios de la modificación de conducta y el aprendizaje social. Estos modelos comparten dos principios fundamentales: a) enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar y b) consideran a las familias como contextos de aprendizaje crítico, creados, y simultáneamente contestados por sus miembros.

Se centran, por lo tanto, en las condiciones bajo las cuales se aprende, influencia y cambia la conducta. En el modelo cognitivo conductual familiar se especifican los objetivos de la terapia en términos de conductas observables y concretas. El trabajo terapéutico se basa en el aprendizaje de conductas, en guiar a los miembros de la familia a aprender modos más efectivos de relacionarse, utilizando el cambio de las consecuencias de su conducta interpersonal, o las contingencias del reforzamiento. El terapeuta enseña a la familia o a la pareja, formas más efectivas de influir en las conductas ajenas reforzándolas de una manera positiva.

Dentro de los modelos conductuales, los más utilizados en el tratamiento de las adicciones con usuarios y familias son los programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, el control, el contrato conductual, el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (O'Farrell y Fals-Stewart, 2002).

Diversos estudios han comprobado la eficacia de la intervención conductual familiar y de pareja dirigida a mejorar las relaciones familiares, para ayudar a incrementar las tasas de abstinencia (Becoña y Cortés, 2008).

A continuación se describen las actividades realizadas por el área de trabajo social:

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación.
Consulta Familiar	2 en hospital total. 2 en hospital día. 1 mensual seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la valoración diagnóstica de cada grupo familiar y su patrón de relaciones, para promover cambios en las pautas transaccionales, manejo de la autoridad, liderazgo, jerarquía, límites, afecto, y patrones de comunicación.</li> <li>Evaluar proceso de reinserción socio familiar, observando el manejo del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar información del proceso de tratamiento y establecer los compromisos en el acompañamiento al usuario.</li> <li>Evaluar mantenimiento de logros y recuperación de espacios afectivos y de protección al interior de la familia y fortalecimiento de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia a guías clínicas</li> <li>Evaluación de la historia clínica</li> <li>Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>

		paciente en el hogar, cambios en la dinámica familiar, fortalecimiento de actitudes que llevan al mantenimiento de la abstinencia y el nivel de adherencia al tratamiento.	red social de apoyo.	
Consulta Social	1 en hospital total 1 en hospital día	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenir al paciente a fin de realizar valoración diagnóstica de su red de apoyo y tipo de relaciones con el grupo familiar, identificando factores de riesgo y de protección</li> <li>Realizar evaluación y seguimiento al proceso de reinserción socio-familiar en la fase de hospital día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar cambios en patrones de relaciones, comunicación, habilidades sociales, adherencia a normas y responsabilidades familiares.</li> <li>Hacer seguimiento al sostenimiento de hábitos y rutinas saludables, a la puesta en práctica de su proyecto de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia a guías clínicas</li> <li>Evaluación de la historia clínica</li> <li>Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>Niveles de satisfacción del usuario</li> <li>Asistencia a grupos de apoyo</li> </ul>
Psicoeducativo Familiar	1 en hospital total. 4 en hospital día	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exponer a las familias un tema de interés relacionado con la enfermedad y/o el manejo de sus conductas frente a esta. Tiene carácter educativo, informativo e interactivo.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la historia clínica.</li> <li>Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>
Grupo de apoyo familias	3 en hospital total 4 al mes en ambulatorio o seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar un espacio para ventilar sentimientos, dudas, aclarar expectativas y buscar ayuda, a través de la construcción conjunta y en grupo de un tema dispuesto por los mismos participantes.</li> <li>Aumentar el potencial de crecimiento de cada sistema familiar, dando cuenta de logros y dificultades del paciente y la familia post-alta del tratamiento.</li> </ul>	Cuidado al cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveles de satisfacción del usuario</li> <li>Asistencia a grupos de apoyo</li> </ul>
Evaluación		Evaluar logros y	Hacer seguimiento al	• Adherencia a

fin de semana		dificultades durante el fin de semana, cambio en el patrón de relaciones familiares, asignación y cumplimiento de responsabilidades, el manejo del tiempo y el respeto por los espacios preestablecidos. Esto permite claridad frente a cómo va el proceso de reinserción familiar del paciente.	sostenimiento de hábitos y rutinas saludables, distribución efectiva del tiempo, cumplimiento del plan de actividades.	<p>guías clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la historia clínica</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> <li>• Asistencia a grupos de apoyo</li> </ul>
Visita supervisada		Supervisar los encuentros que se realizan entre pacientes y familia (y/o acudientes) con el fin de verificar que se cumpla el sentido terapéutico de este.	Regular el cumplimiento de las normas no solo por parte del usuario sino también de su familia.	
Orientación Alta del paciente (Egreso)	Egreso cambio de fase	Intervenir al paciente y su familia, haciendo devolución de logros y limitaciones del proceso adquiridos por este en cada fase del tratamiento.	Dar orientación a la siguiente fase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la historia clínica</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> <li>• Asistencia a grupos de apoyo</li> </ul>
Encuestas de seguimiento		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la adherencia y la efectividad del tratamiento de los pacientes a los tres, seis, nueve y doce meses después de terminado el tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas suministrado por la ESE Hospital Carisma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivar a continuar vinculados al proceso ambulatorio.</li> <li>• Orientar frente a proceso a seguir en caso de haberse desvinculado de la institución.</li> </ul>	

### 8.2.1.7. Terapia ocupacional

Según definición de la American Occupational Therapy Association (AOTA) de 1986, la terapia ocupacional se basa en "el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida".

En terapia ocupacional se contemplan varias áreas de ocupación:

- Actividades de la vida diaria, de auto mantenimiento o de autocuidado.
- Actividades productivas, que incluyen todas aquellas actividades, remuneradas o no, que suponen una aportación a la sociedad.
- Actividades de ocio.

La incorporación de la terapia ocupacional como disciplina de la salud es relativamente reciente. Fue creada en 1917 por un grupo de profesionales de la salud que creían firmemente en el valor terapéutico de las ocupaciones. La singularidad de esta terapia y lo que la hace diferente a otras disciplinas del ámbito de la salud, viene determinada por el término "ocupación o actividad", entendido éste como "aquella faceta del desempeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social". La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental).

El terapeuta ocupacional evalúa la capacidad del individuo para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. La actividad, para ser terapéutica, debe tener un propósito y desarrollarse en un entorno, de modo que pueda ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y las actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

#### **Intervención y objetivo de la terapia ocupacional en el tratamiento de adicciones**

La adicción se entiende en el momento actual como una alteración compleja en el funcionamiento cerebral, que implica el córtex prefrontal como estructura encargada de la organización de las conductas intelectuales.

La existencia de déficits en el funcionamiento frontal se acompaña de importante deterioro en el funcionamiento cotidiano y, aunque en los adictos éstos no son tan severos como los que pueden observarse en otras patologías neuropsiquiátricas, llegan a traducirse en dificultades muy considerables en la vida diaria.

El desempeño de la actividad en la vida cotidiana es uno de los factores claves a la hora de valorar el impacto del deterioro cognitivo, que incluye síntomas asociados con el mal funcionamiento de determinadas localizaciones cerebrales en la corteza pre frontal, que se traducen en apatía

(síndrome mesial frontal), síndrome disejecutivo (síndrome dorso lateral frontal) y desinhibición (síndrome órbita frontal)

Las consecuencias más graves y con mayor importancia clínica derivadas de la sintomatología disejecutiva se producen en la vida cotidiana de los pacientes afectados. El listado de comportamientos desadaptados que pueden derivarse de la patología descrita es amplio y provoca importante distorsión en la vida de pacientes y personas de su entorno.

La terapia ocupacional, disciplina que tiene como objeto de estudio la ocupación humana y su utilización con fines terapéuticos, conceptualiza las actividades de la vida cotidiana (AVD) como todas aquellas que la persona desarrolla en el ámbito habitual y están relacionadas con el cuidado de sí mismo y la gestión de las interacciones con el entorno, distinguiéndolas de aquellas de carácter productivo, cuya realización aporta un beneficio a sí mismo o a la comunidad (trabajo, formación, voluntariado, etc.) y de las vinculadas al ocio, cuyo objetivo es el entretenimiento y disfrute. El terapeuta ocupacional analiza cada actividad valorando los distintos componentes (físicos, sensoriales, cognitivos, perceptivos, psicológicos, afectivos y sociales) y en qué grado pueden ser modificados. El impacto de la disfunción ejecutiva afecta, en mayor o menor medida, a todas las áreas del desempeño ocupacional.

El objetivo específico de la terapia ocupacional es la rehabilitación funcional que favorezca la autonomía en todas las áreas de desempeño y ocupación de los adictos, ya sea mediante la adaptación (utilizando las capacidades que conserva el individuo para poder compensar sus déficits) o mediante la restauración (recuperación de las capacidades físicas, cognitivas y perceptivas) utilizando actividades que requieren del procesamiento cortical de información centrándose en la estimulación de la función ejecutiva con el fin de producir nuevas conexiones neuronales, y en particular utilizando tareas cuyo objetivo es el análisis de las capacidades afectadas para el procesamiento de la información.

La intervención se establece sobre tres niveles:

- Actividades y métodos habilitadores: preparan a la persona para asegurar cada nivel de aprendizaje y avanzar hacia el siguiente.
- Actividades propositivas: comportamientos o actividades diseñadas en un contexto terapéutico con el objeto de entrenar funciones concretas.
- Ocupaciones: la participación supervisada en tareas que se desarrollan habitualmente en su propio contexto, aunque siguen realizándose en un entorno terapéutico.

**Actividades del terapeuta ocupacional:**

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Evaluaciones ocupacionales	Diaria	Valorar las habilidades motoras, de procesamiento, comunicacional y el desempeño escolar y laboral para determinar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la historia clínica</li> <li>Instrumento de evaluación</li> </ul>



		posibilidades reales de continuidad escolar y proyecto de vida		
Talleres Ocupacionales	Diaria	Desarrollar en el usuario habilidades ocupacionales en cuanto: calidad, eficiencia, hábitos y rutinas de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar estrategias orientadas al aprendizaje de oficios, conductas, hábitos y rutinas ocupacionales que beneficien al paciente para incrementar la productividad.</li> <li>• Adquirir y/o Mejorar habilidades ejecutivas.</li> <li>• Evaluar la adaptación del paciente al trabajo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia y puntualidad</li> <li>- Higiene y aseo personal</li> <li>- Empleo del tiempo libre laboral (descanso y almuerzo)</li> <li>- Aceptación de los elogios en relación con el trabajo.</li> <li>- Aceptación de las críticas.</li> <li>- Seguimiento de instrucciones concretas</li> <li>- Ayuda a los compañeros.</li> <li>- Priorización de las tareas.</li> <li>- Solicitud de ayuda a los compañeros.</li> <li>- Seguimiento de las reglas generales de trabajo.</li> <li>- Relación con los compañeros en su puesto de trabajo.</li> <li>- Hacer solicitudes por necesidades</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guías clínicas</li> <li>• Evaluación de la historia clínica</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>

			especiales. - Interactuar con superiores, supervisores u otras figuras de autoridad.	
Módulo: entrenamiento en competencias sociales	Una hora diaria	<p>Entrenar al paciente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El manejo adecuado de las emociones.</li> <li>• Técnicas cognitivas - conductuales para el manejo adecuado de la ansiedad de consumo.</li> <li>• Manejo adecuado del enojo.</li> <li>• Adquirir y reforzar comportamiento o pensamientos que permita resolver una situación de riesgo de manera exitosa.</li> <li>• Mejorar las relaciones interpersonales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la Prevención de recaídas y mejoras en las relaciones interpersonales.</li> <li>• Ayudar al paciente a la comprensión de la ansiedad como sintoma de la enfermedad.</li> <li>• Reconocer los estímulos desencadenantes y síntomas de aparición de la ansiedad de consumo.</li> <li>• Conocer y Aplicar el método del autocontrol de la ira y las señales relacionadas con esta emoción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Evaluación consultas individuales.</li> </ul>
OMEE: Orientación Motivación Educación Evaluación	8 horas a la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar y educar al paciente y su familia acerca de la adicción como enfermedad y su proceso de tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información para favorecer una mayor comprensión de la enfermedad adictiva y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.</li> <li>• Realizar inducción general sobre el proceso que inicia el paciente y su familia en el OMEE, lo cual contempla reconocimiento de la planta física, información sobre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guías clínicas.</li> <li>• Evaluación de la historia clínica.</li> <li>• Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento.</li> <li>• Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>

			<p>horarios, actividades y normas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educar al paciente y la familia en temas como: Aspectos generales sobre la farmacodependencia y repercusiones de ésta a nivel físico, familiar, psíquico y social. Factores de riesgo y protección de la farmacodependencia. Autoridad y Normas. Estilos de vida saludables, Uso adecuada del tiempo libre. Auto esquema. Técnicas para el manejo de la ansiedad.</li> <li>Evaluar junto con el paciente y la familia, los aprendizajes obtenidos en la actividad educativa.</li> </ul>	
Salidas culturales y recreativas	Cada 15 días	Brindar alternativas para el uso adecuado del tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar a conocer al paciente las alternativas recreativas y culturales que la ciudad les ofrece.</li> <li>Promover factores de protección.</li> <li>Mejorar las habilidades sociales.</li> <li>Realizar plan de gastos en actividades sociales y recreativas.</li> <li>Hacer uso de técnicas para el manejo de la ansiedad.</li> <li>Facilitar el reconocimiento de este tipo de actividad con el objetivo de incluirlas en el plan de actividades diario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la historia clínica.</li> <li>Evaluación del plan de actividades</li> </ul>
Comités de	Dos veces a	Favorecer hábitos	• Mejorar habilidades	• Evaluación de

Trabajo	la semana durante hospital total	ocupacionales	<p>sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir destrezas en el trabajo en equipo, solución de dificultades, responsabilidad, comunicación, cumplimiento de las funciones asignadas.</li> <li>• Mejorar funciones ejecutivas.</li> <li>• Evaluar desempeño y roles dentro del grupo.</li> <li>• Favorecer la toma de decisiones.</li> <li>• Mejorar procesos Superiores.</li> </ul>	<p>la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación consultas individuales.</li> <li>• Asamblea de pacientes</li> </ul>
Capacitación Convenio SENA	6 horas semanales	Recibir cursos de formación complementaria relacionados con el enchapado artesanal de la madera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las características y propiedades básicas de la madera.</li> <li>• Métodos de obtención de las chapas de madera - características y tipos de chapillas.</li> <li>• Adquirir habilidad y destreza en el manejo de las herramientas y materiales básicos empleados en el proceso artesanal y artístico del enchapado</li> <li>• Realización de ejercicios básicos o de aprestamiento que permitan al aprendiz adquirir las habilidades y destrezas en el manejo de las herramientas</li> <li>• Realizar pliegos geométricos que tengan un casamiento y ajuste entre chapillas cumpliendo con los criterios de calidad</li> </ul>	Certificado de competencias expedido por el SENA

			<p>establecidos y de acuerdo con las normas de seguridad requeridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar proyecto(s) personal(es) que le permita al estudiante construir y desarrollar sus competencias, de tal manera que pueda desempeñarse adecuadamente en el mundo laboral.</li> </ul>	
Rumba sana	Cada 15 días	Ofrecer a los pacientes espacios de diversión y cultura, no asociados al consumo, permitiendo la expresión de los talentos y la potencialización de la creatividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforzar habilidades sociales.</li> <li>Estimular estilos de vida saludables.</li> <li>Promover actividades culturales, recreativas, lúdicas que favorezcan el uso adecuado del tiempo.</li> <li>Crear el espacio para la expresión corporal, manual y estimular la creatividad a través de diversas actividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia a guías clínicas.</li> <li>Evaluación de la historia clínica.</li> <li>Instrumento de evaluación de resultados de tratamiento</li> <li>Niveles de satisfacción del usuario</li> </ul>

### 8.2.1.8. Nutrición y dietética

La intervención nutricional en la E.S.E. Hospital Carisma es un elemento de injerencia clínica como parte del tratamiento de la comorbilidad médica en el contexto de una atención integral e interdisciplinaria para el tratamiento de las adicciones. Tiene diferentes objetivos de acuerdo al tipo de paciente y las patologías presentes, pero para todos, la intervención apunta hacia la promoción de la salud y de estilos de vida saludable en el marco de educación para la salud y reconociendo que la alimentación define en gran medida el estado de salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas.

La intervención nutricional está ligada al programa y servicio de alimentación contratado por la entidad y permite contribuir al objetivo de una mejor calidad de vida de la población hospitalizada, mediante la complementación terapéutica en la promoción de un adecuado estado de salud y nutrición, así como la prevención y manejo de las afectaciones relacionadas con alimentación y nutrición en el contexto de tratamiento integral que se ofrece en la institución.

#### Actividades de la nutricionista:

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Consulta individual	Cuando el equipo terapéutico lo solicite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y diagnóstico del estado nutricional de los pacientes a quienes el equipo terapéutico lo solicite.</li> <li>• Implementar un plan de alimentación especial si es necesario.</li> <li>• Realizar educación nutricional y educación para la salud a los pacientes atendidos.</li> <li>• Promoción de estilos de vida y alimentación saludable a los pacientes atendidos o en los espacios que el modelo de tratamiento disponga.</li> <li>• Remisión a otras especialidades si lo requiere.</li> <li>• Educación nutricional a la familia cuando aplica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en salud respecto a la conducta alimentaria.</li> <li>• Evaluación de tolerancia al plan de alimentación especial de los pacientes que lo requieran.</li> <li>• Participar en la vigilancia y atención de incidentes y eventos adversos que correspondan.</li> <li>• Propiciar mejoras en los objetivos del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a guía y/o protocolo institucional</li> <li>• Historia clínica (valoración antropométrica, alimentaria, clínica y nutricional integral)</li> </ul>

#### 8.2.1.9. Educación física, recreación y deportes

La actividad física es un componente esencial en el tratamiento de deshabituación en la farmacodependencia y más importante aún en la prevención, porque reduce o elimina aquellos factores de riesgo que se vinculan al individuo, y le permite moverse mejor en la sociedad enseñándole a comunicarse, trabajar, ocupar el tiempo libre en actividades productivas y soportar las tensiones que la sociedad pueda generar en él. Esta área educa de manera integral, cuerpo y

mente y contribuye a que se den cambios a nivel conductual, siendo un componente importante para un estilo de vida saludable.

En la actualidad, esta afirmación está claramente respaldada por evidencias científicas, que ligan la actividad física regular con beneficios en la salud física y mental y los profesionales de la salud deben aconsejar a sus pacientes en el sentido de adoptar y mantener actividad física regular, siempre teniendo en cuenta que la actividad física debe ser individualizada y acorde con una evaluación de aptitud física, edad, sexo y que antes de su inicio el paciente debe haber sido evaluado por el médico, quien da su aval para que el paciente pueda realizar estos ejercicios, indicando las limitaciones para los mismos.

En el trabajo de deshabituación a las drogas se ha considerado mucho la importancia de la actividad física como parte del tratamiento, se ha visto que ayuda al cambio de conductas y a la recuperación de aquellas capacidades y condiciones físicas y psíquicas que se habían perdido. La actividad física permite que el paciente mejore su capacidad aeróbica, la coordinación general, la orientación en el tiempo y en el espacio, el control de impulsos, la postura, la marcha; ayuda a que el paciente mejore el reconocimiento de su cuerpo y aprenda a cuidarlo, enriquece la relación social por medio de mejoras en la comunicación, le enseña al individuo a ganar y a perder y a controlar la frustración.

#### **Principales beneficios de la actividad física:**

- Mejora el trabajo de los neurotransmisores.
- Recupera la sensibilidad de los receptores corporales.
- Disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión.
- Aumenta el bienestar general.
- Aumenta la autoestima.
- Enseña limitaciones y posibilidades.
- Aumenta la auto confianza y seguridad.
- Mejora la condición física general.
- Desarrolla las capacidades condicionales y coordinativas. Esto genera mayor predisposición a las actividades laborales.
- Previene la adquisición de factores de riesgo y ayuda a controlarlos.
- Estimula el organismo en su totalidad produciendo un gasto energético saludable.
- Favorece la densidad mineral ósea.
- Mejora la comunicación y la capacidad de relación social.
- Aumenta el apetito.
- Disminuye el insomnio.
- Mejora el nivel aeróbico, cardiovascular.
- Mejora los niveles de coordinación intra e intermuscular, mejorando así la coordinación general y la ubicación en el espacio – tiempo – objeto por lo cual mejora la orientación.
- Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en general y en especial de mortalidad por cardiopatía isquémica en grado similar al de otros factores de riesgo como el tabaquismo.
- Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos.
- Mejora el perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL).

- Mejora la regulación de la glucemia y disminuye el riesgo de padecer diabetes no insulina dependiente.
- Mejora la digestión y la regularidad del ritmo intestinal.
- Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, como el de colon, uno de los más frecuentes y sobre el que al parecer existe mayor evidencia.
- Incrementa la utilización de la grasa corporal y mejora el control del peso.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
- Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones. La actividad física de intensidad moderada, como la recomendada con el fin de obtener beneficios para la salud, no produce daño articular y por el contrario puede ser beneficiosa para la artrosis.

**Actividades del Educador Físico:**

Actividad	Frecuencia	Objetivo general	Objetivo específico	Evaluación.
Gimnasio	De lunes a sábado una hora diaria	Mejorar la condición y las capacidades físicas del paciente a través de la práctica de diferentes rutinas de entrenamiento dentro del gimnasio por medio del ejercicio físico.	Contribuir al desarrollo de buenos hábitos, utilizando el ejercicio físico como recompensa por consecución de objetivos personalizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de evolución en la historia clínica.</li> <li>• Lista de asistencia</li> <li>• Protocolos de rutinas de ejercicios físicos</li> </ul>
Gimnasia de activación	De lunes a viernes cuarenta minutos	Activar los diferentes sistemas corporales por medio de rutinas de ejercicio físico.	Desarrollar ejercicios físicos específicos con el fin de mejorar su condición física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de evolución en la historia clínica</li> <li>• Lista de asistencia</li> <li>• Protocolos de rutinas de ejercicios físicos</li> </ul>
Escuela de salud	Una vez al mes	Enseñar y crear conciencia al paciente de la importancia de la práctica de la actividad física durante y después del tratamiento para mejorar su calidad de vida.	Tratar diferentes temas relacionados con el ejercicio físico para crear conciencia de lo importante de practicar actividad física como estilo de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de evolución en la historia clínica</li> <li>• Lista de asistencia</li> </ul>
Evaluación física	De lunes a viernes una hora diaria	Evaluar cada uno de los pacientes que remite el médico general y la nutricionista para crear rutina de ejercicios para mejorar su condición física general.	Desarrollar diferentes planes de entrenamiento según los objetivos del paciente y teniendo en cuenta la prescripción médica y los protocolos de acondicionamiento físico integral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de evolución en la historia clínica</li> <li>• Agenda de citas</li> <li>• Protocolos de rutinas de ejercicios físicos</li> </ul>



Jornada lúdico deportiva	Todos los viernes una hora y media	Mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes de la ESE Hospital Carisma por medio de la práctica de varias disciplinas deportivas y de juegos lúdicos lo cual amerita un desarrollo motriz y mental conllevando al paciente a la competencia sana, tanto individual como colectiva	Satisfacer las necesidades básicas de ejercicio físico por medio de las diferentes actividades lúdico-deportivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de evolución en la historia clínica</li> <li>• Lista de asistencia</li> </ul>
Asesoría de comité de deportes	Lunes y miércoles de cada semana, dos horas semanales	Brindar a los pacientes responsabilidad, liderazgo, sentido de pertenencia y motivación al grupo en las diferentes actividades desde las actividades del comité de deportes	Desarrollar en cada uno de los pacientes la responsabilidad de sus propios actos y el sentido de pertenencia por sus labores diarias dentro de la institución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia</li> <li>• Asesorías</li> </ul>

### 8.2.1.10. Enfermería profesional

Las adicciones se deben reconocer como un fenómeno en el que intervienen factores diversos, un fenómeno que es complejo, multicausal y multifactorial y cuyo tratamiento debe abordarse desde una perspectiva integral en la que intervienen varias disciplinas, siendo una de ellas la Enfermería.

El personal de enfermería desarrolla sus funciones dentro de un proceso de atención integral, que debe ser dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y de cada momento, mediante un sistema de evaluación continua del paciente. La atención debe enlazar las intervenciones de las diferentes áreas de conocimiento en la consecución de objetivos comunes, ya sean estos específicos o comunes a todas ellas.

La ESE Hospital Carisma cuenta con procesos y procedimientos específicos en los cuales participa de manera directa e indirecta el personal de Enfermería, así como también posee guías y protocolos de aplicación específica por parte de este personal.

La intervención por parte del profesional en Enfermería con relación al cuidado de los pacientes se lleva a cabo en las fases de desintoxicación, deshabitación, reinserción y seguimiento ambulatorio, no obstante, está en capacidad de realizar contribuciones en el marco de los convenios docencia - servicio y la investigación de acuerdo a las necesidades institucionales.

Para el presente manual de intervención y con relación a la valoración que realiza el personal de enfermería a los pacientes, se tendrá como referente el modelo teórico propuesto por Maryori Gordon, sobre «patrones funcionales de salud», el cual da respuesta a la especificidad y características de los usuarios de las unidades de salud mental y farmacodependencias. La

aplicación de este tipo de modelos permite al personal de Enfermería estructurar y tener una metodología de trabajo y aporta bases científicas a la prestación de los servicios a los pacientes y sus familias.

Un patrón de salud se entiende desde este modelo como aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano.

La teórica Maryori Gordon identifica 11 patrones de salud: 1) patrón percepción-control de salud, 2) patrón nutricional-metabólico, 3) patrón de eliminación, 4) patrón de actividad-ejercicio, 5) patrón de sueño-descanso, 6) patrón cognitivo-perceptivo, 7) patrón autopercepción-auto concepto, 8) patrón rol-relaciones, 9) patrón de sexualidad-reproducción, 10) patrón de adaptación-tolerancia al estrés, 11) patrón de valores y creencias.

Las alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas contempladas en los patrones de salud abarcan los siguientes campos: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, motricidad, alimentación, ansiedad, reacciones somatoformes, psicomotricidad, sueño y psicosexualidad.

Estos patrones han sido tenidos en cuenta como referente en la documentación del proceso utilizado en la ESE para la valoración de ingreso que realiza el personal de Enfermería con los pacientes y son aplicables en el proceso de intervención que se lleva a cabo con los pacientes en las diferentes actividades a desarrollar dentro del modelo terapéutico.

**Actividades de Enfermería:**

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación
Valoración de ingreso por Enfermería y acompañamiento a los pacientes en las fases de internación total y parcial	Se realiza al ingreso a la fase de internación total o parcial con cada paciente y durante la permanencia del paciente en el tratamiento hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente.</li> <li>• Promover en el paciente la recuperación de su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano, a partir de la identificación de las necesidades de cada paciente.</li> <li>• Realizar la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir con la integración del paciente a la fase de internación total o parcial.</li> <li>• Contribuir con la identificación de objetivos realistas y alcanzables.</li> <li>• Suministrar información relacionada con el tratamiento, horarios, normas y manual de convivencia, plan de emergencias, manejo y disposición de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de adherencia a procedimiento de ingreso por enfermería.</li> <li>• Porcentaje de satisfacción del usuario.</li> <li>• Registros en historia clínica y formatos institucionales.</li> </ul>

		<p>valoración de ingreso teniendo en cuenta los patrones funcionales de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación y cumplimiento de órdenes médicas.</li> <li>• Identificación de riesgos para la salud física y mental.</li> <li>• Promover la participación del paciente en su tratamiento.</li> <li>• Vigilar patrón el sueño y de alimentación.</li> <li>• Supervisar y promover en el paciente hábitos de higiene y autocuidado</li> </ul>	<p>residuos sólidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en la resolución de conflictos.</li> <li>• Intervención y análisis de situaciones relacionadas con la norma y la convivencia.</li> <li>• Evaluación de tolerancia con la medicación, efectos secundarios y efectividad.</li> </ul>	
Administración de medicamentos	Diariamente de acuerdo a órdenes médicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión, ajuste y cumplimiento de órdenes médicas relacionadas con los medicamentos.</li> <li>• Llevar a cabo los procesos administrativos para la consecución de los medicamentos por parte del servicio farmacéutico.</li> <li>• Educación al paciente sobre los medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover en el paciente y su familia adherencia al tratamiento farmacológico.</li> <li>• Identificación y reporte de efectos secundarios relacionados con los medicamentos.</li> <li>• Brindar información al momento del egreso, al paciente y su familia con relación al tratamiento farmacológico, verificando grado de comprensión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex físico y electrónico.</li> <li>• Registro diario de administración de medicamentos</li> <li>• Adherencia a procedimientos, guías y protocolos relacionados con la administración de medicamentos</li> </ul>

		que recibe, horarios, indicaciones, posibles efectos secundarios, signos de alarma.		
Entrega de turno por Enfermería y equipo terapéutico	Diariamente 7 am y 7 pm	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participar según asignación en el cuadro de turno de la entrega diaria, realizando los aportes correspondientes y participar en la entrega de turno del equipo terapéutico.</li> <li>Participar en el manejo terapéutico de un usuario.</li> <li>Proveer la información relevante para las entregas de turno de enfermería y del equipo terapéutico.</li> <li>Proponer acciones terapéuticas con relación a los riesgos detectados en las entregas de turno.</li> <li>Recibir información e indicaciones precisas con relación a las conductas y recomendaciones terapéuticas, hechas por los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el trabajo en equipo.</li> <li>Identificar situaciones relevantes con los pacientes a tener en cuenta en el plan de atención con los pacientes.</li> <li>Detectar e informar situaciones que ameriten la derivación del paciente para la valoración por las diferentes disciplinas.</li> <li>Señalar dificultades administrativas que afecten el normal funcionamiento del servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia de acuerdo a programación de cuadro de turno.</li> <li>Verificación por personal administrativo y clínico.</li> </ul>

		demás miembros del equipo interdisciplinario		
Toma de muestras de laboratorio	Diariamente			
Actividades grupales (escuelas de salud, asesorías de comités)	Según cronograma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para la salud.</li> <li>• Promover el autocuidado, autoestima, habilidades sociales y la implementación de hábitos y estilos de vida saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría en salud sexual y reproductiva (métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención en grupos terapéuticos.</li> <li>• Registro de la actividades en la historia clínica y en el registro diario de Enfermería.</li> <li>• Registros de asistencia</li> </ul>

#### 8.2.1.11. Auxiliares de enfermería:

En el terreno de la farmacodependencia no se encuentra un aspecto preciso y definido de la conducta y del curso vital humano sobre el cual hacer énfasis y que tomado aisladamente dé claves suficientes para la solución de este problema. Por el contrario, lo planteado en torno al adicto abre el juego a un amplísimo margen de puntos de vista, lo que permite que sean muchos los discursos desde los cuales se intente brindar respuesta a este fenómeno.

Para nuestro modelo de tratamiento se requiere de un acompañamiento terapéutico que sea complementario a las diferentes disciplinas hasta aquí expuestas y que, mediante la organización de tareas administrativas, educativas, pedagógicas, recreativas y terapéuticas con los usuarios, en un ambiente de conocimiento y respeto de las normas de la institución, contribuya al logro de los objetivos del modelo de tratamiento, haciendo extensivo el trabajo a horarios en los que las acciones dirigidas por profesionales disminuyen y debe reforzarse el respeto y la convivencia.

Este acompañamiento es un factor importante para el éxito de los tratamientos; ya que la influencia de las relaciones de trabajo terapéuticas positivas entre este personal y los pacientes tienen un efecto positivo y directo en la retención de estos en el tratamiento.

Es necesario contar con personal que posea sólidas aptitudes interpersonales y que sean organizados en su trabajo, que ven a los pacientes con más frecuencia y los remiten a los servicios auxiliares cuando es necesario y que suelen establecer una "alianza terapéutica" y práctica con el paciente en busca de obtener mejores resultados.

Para lo anterior se hace necesario capacitar al personal auxiliar de enfermería, para que, adicional a sus funciones asistenciales, asuma este rol, partiendo de la base que por la naturaleza hospitalaria de nuestra entidad, son ellos quienes pasan mayor parte del tiempo con los usuarios.

En este sentido, las funciones del personal auxiliar de enfermería en la ESE Hospital Carisma, consiste en:

Participar en las actividades administrativas, pedagógicas y terapéuticas tales como: coordinar grupos educativos con temas establecidos desde el equipo de profesionales, acompañar y/o dirigir talleres ocupacionales, participar como observador en las sesiones grupales que realizan los diferentes profesionales, supervisar tareas de convivencia y de laborterapia, utilizar herramientas de contención ante síndrome de abstinencia o crisis de ansiedad y cumplir con funciones educativas en general.

La función primordial este personal es contribuir al control social en el tratamiento y su manera de relacionarse con el grupo debe marcar la pauta interaccional, para contribuir a que en su ámbito de trabajo sea una oportunidad para el aprendizaje social entre los pacientes. De esta manera se convertirá en un modelo a imitar, pero no modelo en el sentido moral de la palabra sino en el sentido funcional, se enseña desde la conducta para modificar la conducta.

Esta función como "modelo de la convivencia" se convierte en una herramienta donde los pacientes al observarlo actuar e interactuar, aprenden de su estilo y dinámica y de esta manera se va instaurando un estilo de convivencia en la institución.

Es por eso que las actividades que a continuación se describen permiten la exigencia del cumplimiento de los horarios, la planificación de las actividades, la realización de trabajos que deben iniciarse, desarrollarse y concluirse; en síntesis la manera en la que tiempo se distribuye y se ocupa en un tratamiento de rehabilitación sea del tipo que sea, tendrá un efecto reestructurante en la conducta del paciente.

#### Actividades del auxiliar de enfermería:

Actividad	Frecuencia	Objetivos primarios	Objetivos secundarios	Evaluación.
Módulo proyecto compromiso: Una opción para el fortalecimiento del carácter	1 hora diaria, de lunes a sábado	Estructurar en el paciente, la capacidad de adaptarse fácilmente a diversas situaciones y saber cómo actuar de manera asertiva a través del fortalecimiento del carácter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar y fortalecer la capacidad del carácter, la adaptación y la toma de decisiones en situaciones que se presentan en la vida cotidiana.</li> <li>Generar espacios para la profundización y afirmación de valores que logren ilustrar un carácter hacia una mejor calidad de vida.</li> <li>Fortalecer estándares de vida de los usuarios y su desempeño en los niveles personal,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolución en la historia clínica</li> <li>Contratos Terapéuticos y evaluación de cambio.</li> </ul>

<p>Módulo de acogida, desintoxicación y estabilización</p>	<p>Diaria, por 10 días que dura la fase de desintoxicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional.</li> <li>• Promover la estabilización tanto físico como mental y simultáneamente incluir al usuario en las actividades de grupo y educativas de acuerdo a la condición clínica</li> </ul>	<p>familiar y social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un espacio seguro al paciente en el abandono del consumo bajo estricto control biopsicosocial.</li> <li>• Estabilizar mentalmente al usuario, buscando que recupere procesos cognitivos y afectivos que han sido alterados.</li> <li>• Afianzar el comportamiento del paciente, logrando motivar y mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Dar elementos de aprendizaje a través del conocimiento del tratamiento y de la enfermedad.</li> <li>• Reconstruir pautas de adaptación a un nuevo estilo de vida a través del seguimiento de normas, instrucciones y recomendaciones dadas por el equipo terapéutico.</li> <li>• Restablecer las áreas de salud ocupacional, deportivas y nutricionales pérdidas o alteradas por el consumo de sustancias del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución en la historia clínica</li> <li>• Instrumento de evaluación de conocimiento</li> </ul>
<p>Módulo de prevención, manejo y seguimiento de recaídas</p>	<p>1 hora diaria, de lunes a viernes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer una mayor adherencia al tratamiento, contención y abstinencia en la población en la fase de reinserción y seguimiento del programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concebir la prevención de recaídas como un proceso de recuperación del paciente adicto y aprender las técnicas más usadas para su abordaje.</li> <li>• Diseñar actividades de recuperación individual, relacionándolas con el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución en la historia clínica</li> <li>• Contratos Terapéuticos y evaluación de cambio</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento necesarias para el mantenimiento de la abstinencia, tanto como para impulsar cambios en el estilo de vida que lo hagan incompatible con el consumo de drogas.</li> </ul>	<p>contexto personal, familiar, social del paciente; que permita al mismo conocerse mejor y descubrir los signos de posibles recaídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Crear espacios educativos y de recuperación relacionadas a la participación de la familia y prevenir recaídas del familiar adicto.</li> <li>Instruirse en identificar los síntomas y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.</li> <li>Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercarlos al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.</li> <li>Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.</li> <li>Sensibilizar acerca de la importancia de la familia como factor protector frente a la recaída en consumo de drogas.</li> </ul>	
Actividades pedagógicas	Diario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desplegar actividades de aprendizaje y desarrollo cognitivo en los usuarios.</li> </ul>		
Actividades Terapéuticas	Diario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar actividades para prevenir,</li> </ul>		



		mantener o mejorar una función, destreza o calidad de vida del usuario.	
Actividades de convivencia y norma	Diario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañar constantemente a los usuarios para implementar la norma y mejorar la convivencia en la institución.</li> </ul>	
Actividades asistenciales de enfermería	Diariamente, las 24 horas	Realizar las funciones asistenciales propias de enfermería, de acuerdo a las órdenes médicas y bajo la supervisión y coordinación del profesional en enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución en la historia clínica</li> <li>• Formatos de entrega de turno, kardex y demás que el procedimiento o asistencial establezca.</li> </ul>

#### 8.2.1.12. Neuropsicología:

El deterioro cognitivo es común en pacientes con trastorno por uso de sustancias presentando alteraciones en la memoria anterógrada, retrograda, el proceso viso espacial, la atención, la velocidad en el procesamiento y las funciones ejecutivas así como daños cerebrales secundarios. Estos cambios se relacionan con un mal cumplimiento de normas y pautas, con menor adherencia a tratamientos, recaídas tempranas y pocas habilidades para rehusar el consumo. En este sentido es fundamental la terapia de rehabilitación neuropsicológica y cognitiva.

La evidencia actual desde la neuropsicología demuestra además que los consumidores crónicos de sustancias psicoactivas presentan deterioros en los subcomponentes de actualización de información, en la memoria de trabajo y en la toma de decisiones cotidianas; estos tipos de déficit pueden estar interrelacionados; los deterioros encontrados a nivel neuropsicológico se ubican principalmente en las funciones ejecutivas.

Esto puede suponer un problema para alcanzar los objetivos propuestos en las estrategias de mantenimiento de la abstinencia y resistencia a los impulsos de consumo, especialmente en la fase de prevención de recaídas.

La importancia que tiene la evaluación neuropsicológica en la elaboración de perfiles cognitivos es un aspecto crucial, pues son un apoyo para establecer pronósticos y/o plantear programas de tratamiento que coadyuven a los procesos de rehabilitación.

La rehabilitación neuropsicológica o "neurorehabilitación" entendida como "el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales y la mejor adaptación familiar, laboral y social en aquellos sujetos que sufren o sufrieron un daño cerebral" busca modificar de los mecanismos neuropsicológicos que los producen influyendo positivamente en la recuperación del funcionamiento de las actividades cotidianas de quienes se ven afectados a nivel cerebral por el consumo de sustancias. Dentro de los principales objetivos de la neurorehabilitación se encuentran:

- ❖ Comprender el comportamiento, la cognición y las emociones que subyacen a la conducta adictiva.
- ❖ Identificar, describir, evaluar, diagnosticar y rehabilitar las alteraciones a nivel cognitivo, conductual y emocional derivadas del consumo.
- ❖ Diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica de acuerdo a las necesidades del paciente y en función de sus capacidades.

La ESE Hospital Carisma contempla dentro de su modelo de tratamiento la intervención por neuropsicología y la neurorehabilitación para algunos casos puntuales en el ámbito intrahospitalario, luego que el concepto por el staff multidisciplinario así lo contemple y no sea pertinente hacerlo de manera ambulatoria.

En el plano ambulatorio se ofertará este conjunto de intervenciones de acuerdo a las necesidades de cada paciente y a lo convenido con las aseguradoras, quienes cuentan con esta opción, como una más dentro de su red de prestadores.

Los servicios de Neuropsicología se tendrán como interdependencia de servicios y se prestarán de manera externa a las instalaciones de la ESE Hospital Carisma, excepto en hospitalización, ya que para esta dependencia vendrán los especialistas a las instalaciones del Hospital.

Los servicios a prestar son:

- ❖ Evaluación Neuropsicológica completa: (atención, memoria, función ejecutiva, praxias, noxias). Duración 3 - 4 horas.
- ❖ Evaluación general corta con batería Neuropsicológica Duración 90 minutos.
- ❖ Terapia clínica. Duración 20 - 30 minutos.
- ❖ Terapia de neurorehabilitación/neurofeedback, con equipo neurobit que consta hasta 15 sesiones en promedio.

## PROYECTOS Y MERCADEO

Desde el área asistencial, la E.S.E. Hospital CARISMA comprometida con el bienestar de los individuos y comunidades, desarrolla programas, proyectos y estrategias de promoción de la salud mental, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas a través del Área de Proyectos y Mercadeo. Establecer un modelo conceptual y operativo del área, basado en la evidencia y en estándares nacionales e internacionales, configura uno de los objetivos centrales de área, dando de esta forma un respaldo científico y efectivo a las acciones desarrolladas en los diferentes frentes: municipales, empresariales, departamentales, nacionales, del sector público, privado, entre otros.

En esta línea, la normatividad vigente, en especial la Resolución 429 de 2016 "por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud", la Resolución 4886 de 2018 "por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental" y la Resolución 089 de 2019 "por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas", resaltan la importancia de que el diseño de programas y estrategias en promoción de la salud y la prevención de las conductas adictivas, se desarrolle en coherencia con un enfoque de Salud Pública, que contemple las particularidades de las comunidades a las cuales van dirigidas, y el curso de vida de los participantes, además de "las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales, mediadas por relaciones de poder que se basan en el género, la clase social, la etnia, el curso de vida, y las condiciones y situaciones particulares de las poblaciones y territorios" (Resolución 089 de 2019, Ministerio de Salud y Protección Social).

El Área de Proyectos y Mercadeo de la E.S.E. Hospital CARISMA, coherente con los valores institucionales, plantea el desarrollo de programas, proyectos y estrategias de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque integral, humanizado, contextual y acorde a los lineamientos científicos; buscando mediante las acciones implementadas, capacitar a personas y comunidades, con un abordaje integrador. Para el logro de sus objetivos, se propone el desarrollo de acciones desde los siguientes ejes rectores:

**Enfoque de Desarrollo Humano Basado en Derechos:** el desarrollo humano se concibe como un proceso mediante el cual se amplían las libertades y oportunidades humanas a partir de la acción estatal y el reconocimiento y potenciación de las capacidades de las personas, familias y comunidades. En este sentido, las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y aquellas en situaciones asociadas al riesgo, se consideran como sujetos con posibilidades de transformación y desarrollo, desde una perspectiva de promoción de capacidades y oportunidades.

**Vida Digna:** es el reconocimiento de la vida como valor y derecho fundamental, exige la defensa de la vida de las personas en condiciones de dignidad como idea fundante de los derechos humanos. Además, constituye un principio ético y político desde la promoción, protección y cumplimiento de los derechos, y comprende el reconocimiento de las personas en riesgo o con consumo, y sus familias, desde sus capacidades y libertades humanas, y sus condiciones de desarrollo permanente en el curso de vida.

**Inclusión – No Discriminación:** reconoce las diferencias y la diversidad de las personas y considera un imperativo, la inclusión e integración en un marco amplio de posibilidades de promoción,

acompañamiento, apoyo y ajustes razonables (artículo 2, Declaración Universal de Derechos Humanos).

**Participación:** considera a los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como protagonistas en el proceso de desarrollo integral, así como en la comprensión, análisis de situación y formas de abordaje integral en salud. La participación, orientada al logro de la autonomía de los sujetos y a la incidencia social y política, es constitutiva y razón de ser de la política pública (Resolución 2063 de 2017).

**Promoción de la Salud:** considerada como un proceso que incluye cambios individuales, grupales y comunitarios, e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos, como la educación para la salud. La educación para la salud se conceptualiza como un proceso educativo que implica procesos de enseñanza y aprendizaje. Las actividades de enseñanza tienen por finalidad ayudar al desarrollo de las facultades individuales a fin de conseguir su capacitación. El aprendizaje por su parte, es un proceso que se construye en función de las experiencias personales y que además, cuando es significativo, produce un cambio duradero en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas.

**Pedagogía del Aprendizaje:** la pedagogía diferencia tres campos de aprendizaje: cognitivo, afectivo y del comportamiento. El campo cognitivo implica el aprendizaje y la comprensión de hechos, ideas e información. El campo afectivo comprende actitudes, opiniones y valores acerca de algo, implicando una manera de sentir que puede ir desde cierta sensibilidad o preocupación ante una situación determinada hasta la incorporación al sistema propio de valores. El dominio del comportamiento por su parte, se refiere al modo de actuar y de establecer hábitos y conductas.

**Prevención:** la prevención consiste en la realización de diversas acciones que tienen como objeto minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo o abuso de drogas, buscando integrar lo individual, social y familiar. En el ámbito de la prevención, las acciones a desarrollar desde el área de programas y proyectos, están ajustan a los Principios de la Prevención de Drogodependencias, propuestas por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), Los Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas, y guías para el diseño de programas basados en la evidencia.

## MARCO CONCEPTUAL

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas pretende influir de manera importante en aquellos determinantes individuales, sociales y ambientales que pueden incidir en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, a su vez, en el uso y abuso de las mismas. Las acciones preventivas a diseñar y/o implementar deberán estar enmarcadas en identificar y abordar las situaciones de vulnerabilidad de los grupos de interés, de acuerdo al curso de vida y a los entornos. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante realizar un recorrido sobre las diferentes definiciones que se han realizado en torno a la prevención, esto con el fin de identificar el enfoque que desde el **Área de Proyectos y Mercadeo** pretende orientar las acciones preventivas.

La prevención es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de las personas, el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de sustancias psicoactivas. Martín, 1995, (citado por Iglesias,

2002). Es por tanto que la prevención del consumo de sustancias psicoactivas debe ser una de las principales prioridades en salud pública, especialmente en niños, niñas, jóvenes y mujeres, buscando la consolidación de programas nacionales, territoriales y locales basados en teorías de la prevención que permitan predecir los cambios, con una estructura definida (integrales, intersectoriales, con atención multidisciplinaria diferenciada por entorno) eficaces, continuos y sostenibles, sometidos a evaluación y actualizados periódicamente, considerando los cambios de la sociedad y de las tecnologías contemporáneas (Gaviria, 2016). En el marco de las acciones propias de la salud pública, la prevención hace énfasis en los procesos que permiten desarrollar y/o fortalecer estilos de vida saludables, los cuales incidan positivamente en la salud física y mental de las personas y las comunidades, con el fin de potenciar los factores de protección individuales y colectivos y/o la disminución de los factores de riesgo. Es así como los factores de riesgo pueden definirse como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Los factores de protección se entenderán como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. (Becoña, 2002). ***(Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas- 2018)***

Teniendo en cuenta que la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, es multicausal y dada su complejidad a la hora de realizar acciones efectivas, es necesario definir el alcance y objetivo de las estrategias a desarrollar, de igual manera, se deberán establecer parámetros claros en cuanto a la población, características, necesidades y demás información relevante que posibilite estructurar un plan de acción encaminado a disminuir las situaciones de vulnerabilidad de la población a intervenir.

La efectividad de las acciones, se determinan a través del seguimiento y evaluación que se hace de las mismas, situación que ha llevado a que algunos programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas hayan sistematizado y registrado las experiencias sobre las acciones realizadas, aspecto positivo al momento de desarrollar propuestas y estrategias de prevención, dado que existe evidencia frente a la efectividad de las mismas.

La definición de acciones desde un paradigma internacional, soportado en la evidencia científica y en los desarrollos investigativos, permite la integración de saberes de las áreas médicas, sociales y del comportamiento, permitiendo plantear intervenciones holísticas, con eficacia o efectividad demostrada en temas de salud mental y prevención e intervención de las adicciones; es por ello que desde el área de proyectos y mercadeo, se pretende desarrollar acciones que permitan el mejoramiento continuo y medible de resultados en los grupos interés, por lo tanto, dichas estrategias deberán estar transversalizadas por los principios que integran la PBE.

Según el Evidence-Based Practice Institute de la Universidad de Washington (Instituto de Práctica Basada en la Evidencia de la Universidad de Washington), la práctica basada en la evidencia (PBE) se puede definir como el uso de procesos sistemáticos para la toma de decisiones y prestación de servicios que han demostrado, a través de evidencia científica disponible, el mejoramiento continuo y medible de resultados en los beneficiarios. En lugar de la tradición, acciones instintivas y/u observaciones simples como la base para tomar decisiones, la PBE se apoya en información recolectada a través de la investigación experimental y da cuenta de las características individuales

del cliente y la experiencia clínica (*Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas- 2018*)

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, publicó un documento en el cual define los principios que deben tener los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Los cuales se nombran a continuación:

**Principio 1.** Los programas de prevención deben intensificar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.

**Principio 2.** Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo por menores de edad de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica.

**Principio 3.** Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, enfatizando los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen.

**Principio 4.** Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo y la cultura, para aumentar así la eficacia del programa.

**Principio 5.** Los programas de prevención para las familias deben mejorar la cohesión y las relaciones familiares e incluir capacitación en las habilidades necesarias para la buena crianza de los hijos; ejercicios prácticos para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; además de entrega de información y educación sobre las drogas.

**Principio 6.** Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención tan temprana como desde la infancia para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas.

**Principio 7.** Los programas de prevención para los niños de la primaria se deben dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socioemocional para tratar los factores de riesgo para el abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales, y apoyo académico, especialmente en la lectura.

**Principio 8.** Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria, deben aumentar el desempeño académico y social con las siguientes aptitudes: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, técnicas para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

**Principio 9.** Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en periodos críticos de transición, como el ingreso a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aun entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Este tipo de intervención no se dirige específicamente a las poblaciones en riesgo, por lo que reduce el estigma y promueve las relaciones beneficiosas con la escuela y con la comunidad.

**Principio 10.** Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.

**Principio 11.** Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios entornos —por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los medios de

comunicación— son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes dirigidos a la comunidad entera en cada uno de estos entornos.

**Principio 12.** Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, a sus normas comunitarias, o a sus requerimientos culturales específicos, deben mantener los elementos básicos de la intervención original con base científica, estos incluyen: la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las habilidades y las estrategias del programa) y la introducción del programa (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

**Principio 13.** Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Por ejemplo, las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.

**Principio 14.** Los programas de prevención deben incluir capacitación para los profesores en el buen manejo de la clase e información sobre cómo recompensar al estudiante por su buena conducta. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica y la formación de lazos fuertes con la escuela.

**Principio 15.** Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y juegos donde los muchachos desempeñan el papel de los padres, lo que permite una participación en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de las habilidades.

**Principio 16.** Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que, por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de \$10 en los tratamientos para el abuso del alcohol o de otras sustancias.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que al momento de definir las diferentes estrategias de promoción y prevención, estén alineadas con parámetros claros que permitan identificar que lo que se pretende realizar, cumple con los objetivos iniciales planteados según las necesidades evidenciadas de las comunidades o grupos a intervenir; de igual manera, las propuestas metodológicas y la implementación de las mismas, deberán ser acordes con las etapas definidas en la literatura y en los lineamientos establecidos por las entidades competentes y/o por las PBS.

Se considera pertinente que al momento de llevar a cabo cada uno de los momentos y/o etapas del proceso de implementación, se tenga en cuenta los limitantes o situaciones particulares que pueden surgir, siendo necesario asumir una actitud y comportamiento flexible que permita viabilizar los imprevistos, sin perder de vista los objetivos planteados al inicio del proceso.

A continuación, se abordarán los diferentes momentos que se establecen desde el documento de **(Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas- 2018)**.

- Momento 1. Evaluación y análisis de necesidades
- Momento 2. Análisis internos y externos para la implementación
- Momento 3. Implementación del programa preventivo
- Momento 4. Seguimiento del programa o acción planteada
- Momento 5. Ajuste del programa o acción implementada.

Cada uno de los momentos deberá describir los objetivos, las actividades, los pasos a seguir, los responsables y las demás consideraciones necesarias para el diseño, planeación e implementación de la intervención, la cual deberá estar fundamentada en una teoría del cambio a

nivel individual, interpersonal y comunitario. Todo esto tendrá que ir acompañado de un proceso de evaluación, del cual se espera que sea abordado no en un solo contexto, dado que a la fecha se nombra que la efectividad de los programas de prevención depende de los procesos de articulación y la intervención en más de un solo entorno.

A partir de la fundamentación teórica anteriormente descrita en torno a como se deben estructurar las acciones o intervenciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se plantea de igual manera, los aspectos relevantes que deben estar inmersos en los diferentes procesos del Área de Proyectos y Mercadeo.

El recursos humano y equipo de trabajo deberá estar cualificado en el tema de adicciones, con capacitación continua en temas de prevalencias, nuevas sustancias psicoactivas y estrategias para prevenir y/o mitigar el consumo de sustancias psicoactivas en los diferentes entornos poblacionales, garantizando con ello que las estrategias propuestas, partan de un principio contextual y actualizado.

Los profesionales del área, deberán contar con conocimientos en enfoque diferencial, proponiendo temáticas y metodologías adecuadas a los diferentes grupos poblacionales, teniendo en cuenta las necesidades específicas ligadas a la edad, género, grupos étnicos, vulnerabilidad específica, entre otros, integrando así las recomendaciones nacionales e internacionales en temas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y promoción de la salud mental.

Con el interés de cumplir los lineamientos, y desarrollar las actividades bajo estándares de calidad, se propone como líneas del área:

Formulación y seguimiento de proyectos con un enfoque de efectividad/eficiencia, que cuenten con indicadores que permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos y metas. Para definir la relación existente entre efectividad y eficiencia, se propone la conceptualización presentada por la OMS que la define como el conjunto de estándares que permite dar cuenta de los resultados a partir de determinado nivel de recursos (OMS, 1991). A fin de garantizar el seguimiento óptimo de los programas, se desarrollan los siguientes procesos:

**A. Evaluación de proyectos, programas y servicios:**

**Seguimiento desde sistema de indicadores:** Consiste en índices de referencia integrados a los proyectos, los cuales son seleccionados por su relevancia, estandarización, capacidad de reflejar claramente una situación y establecer comparaciones; implementando especialmente los siguientes indicadores:

- **Indicadores de conocimiento:** evalúa nociones y conceptos sobre temáticas de salud mental y farmacodependencia; antes de las acciones y después de la ejecución de los programas y/o proyectos, este componente mide el impacto de la estrategia en los cambios de la salud mental. Mediante estrategia de pretest y postest, adecuados por temáticas, grupos de edad, entre otros, se realiza análisis de variaciones en curva de conocimiento, dando cuenta de la adquisición, afianzamiento y manejo de categorías claves.



- Indicadores de gestión: evalúa metodología, pertinencia de los conceptos, tiempo utilizado y competencias del profesional: las acciones realizadas, cuentan con formato de evaluación profesional, en el cual el grupo califica el dominio temático del facilitador, el uso de recursos y metodologías vivenciales y alternativas, la calidad de las presentaciones realizadas, entre otros; es mediante este insumo, que la coordinación del proyecto o estrategia, implementa las acciones de mejora requeridas para la mayor efectividad de las acciones.
  - Indicadores de cumplimiento: evaluación permanente del cumplimiento de objetivos intermedios, entendidos éstos como los instrumentos y procesos con que cuenta la estrategia para alcanzar los objetivos finales establecidos. Este componente mide la efectividad de los programas desde la perspectiva de su operación y funcionamiento; así como la gestión y cumplimiento de las condiciones requeridas para alcanzar las metas iniciales, intermedias y finales.
  - Indicadores específicos por proyecto: según necesidades de los clientes y particularidades de las acciones, se plantea el diseño y aplicación de un conjunto de indicadores específicos para los servicios especializados en los diferentes campos de acción: educativo, laboral, comunitario y municipal. La frecuencia de seguimiento y evaluación depende del tiempo, duración, estabilidad de cada programa y/o proyecto, de acuerdo al ámbito en que se desarrolla.
  - Estandarización y diligenciamiento de formatos: la gestión documental permite evidenciar cada una de las fases de implementación de la estrategia, a la vez que garantiza contar con sistemas de información adecuados a las normas técnicas nacionales en estructura documental, permitiendo al cliente y al operador, contar con los correspondientes procedimientos, instructivos o registros propios de la ejecución del proyecto.
  - Acciones de seguimiento: el seguimiento de los programas y/o proyectos del área, se realiza mediante reuniones periódicas entre la coordinación general y los equipos de ejecución de cada uno de los proyectos, realizando informes de avance de las actividades ejecutadas en el marco del proyecto, así como la entrega de los respectivos soportes y consolidados de acciones.
2. Objetivo del Área: diseñar propuestas de promoción de la salud mental, prevención y atención de las conductas adictivas, acordes con las necesidades de individuos y comunidades, en el ámbito nacional, departamental, municipal y local, con intervenciones basadas en la evidencia, adecuadas a las políticas nacionales y a los lineamientos internacionales para la formulación de proyectos de prevención, a través de un equipo interdisciplinario calificado y con vocación de servicio. Entre los objetivos principales del área, estará realizar caracterizaciones sobre la situación del consumo en la población específica, incluyendo en este, la identificación de factores de riesgo y protección que se encuentra presentes en el individuo en cada uno de sus entornos.
3. Población objeto: el modelo de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se establece desde un enfoque preventivo en los tres niveles propuestos por los estándares internacionales (prevención universal, selectiva e indicada), por **prevención universal** se entiende las acciones dirigidas a población en general y llevada a

cabo mediante estrategias de promoción de la salud y fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas, por **prevención selectiva** las intervenciones dirigidas a grupos de riesgo específicos, cuyas particularidades se asocian a un riesgo mayor de consumo de sustancias psicoactivas; estos grupos se priorizan identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad, y por **prevención indicada**, la dirigida a grupos poblacionales con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, o aquellos que exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad del desarrollo de una adicción.

En el diseño e implementación de programas, se integra igualmente el enfoque de curso de vida, así como las dinámicas de los contextos a los cuales pertenecen los individuos, desde una comprensión relacional, donde "el tipo de relaciones en los entornos y redes de apoyo inciden de manera positiva o negativa en los patrones de consumo" (Volkow, Koob y McLellan, 2016).

Definición de población:

Según entorno: comprendiendo que la intervención del individuo también debe abarcar los espacios vitales en los cuales desarrolla su cotidianidad, y que las interacciones que allí se desarrollan "inciden en las causas, consecuencias, permanencias y tránsitos a consumos de mayor complejidad, así como su cesación" (Volkow, Koob y McLellan, 2016). Se considera que la definición de estrategias según contexto, configura un factor que facilita la apropiación y permanencia de estrategias, por ello, desde el área de proyectos y mercadeo, se definen los siguientes entornos como espacios focales para la intervención y el desarrollo de acciones:

- A. Los programas de promoción y prevención en el **entorno educativo** incluyen niños, adolescentes, jóvenes, docentes, padres de familia, coordinadores y directivos, entre otros.
- B. **Entorno comunitario**: incluye a líderes, grupos organizados, madres comunitarias, población vulnerable, desplazados, menores en riesgo, juntas de acción comunal, población carcelaria e institucionalizada, entre otros.
- C. **Entorno laboral**: incluye empleados, directivos, operarios y administrativos.
- D. **Entorno municipal**: incluye alcaldías, instituciones educativas públicas y privadas, grupos organizados, entes gubernamentales y no gubernamentales, entre otros.

Por curso de vida:

El enfoque de curso de vida, comprende a los actores no solo desde las etapas del desarrollo cronológico, sino desde el reconocimiento de periodos críticos dentro del proceso vital "en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida" (Kuh y cols, 2003).

Por curso de vida se definen los siguientes periodos vitales propuestos por la *Resolución 089 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social*:

- A. **Primera infancia**: etapa crucial y decisiva para el desarrollo pleno del ser humano y para la estructuración de la personalidad, inteligencia y el comportamiento social, dado que se sientan las bases para el desarrollo de sus potencialidades y habilidades.
- B. **Infancia**: en este momento existe potencialidad para desarrollar aprendizajes sistemáticos, se presenta un aumento progresivo de la percepción de las propias competencias, marcada

interacción social fuera de la familia, disfrute de juegos de reglas y competencias, resolución de problemas cotidianos de manera independiente y aprendizaje por imitación de modelos de su entorno.

- C. **Adolescencia y juventud:** se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un momento vital determinado por una mayor independencia psicológica y social de la familia de origen y el cuestionamiento a valores sociales dominantes.
- D. **Adulthood:** *en este momento de vida se consolida la capacidad de agencia y las capacidades, así como las posibilidades de establecer nuevas metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, reconociendo la importancia de desarrollar capacidades de autonomía y toma de decisiones, en particular en mujeres.*
- E. **Adulto mayor: Momento caracterizado por poseer capacidades y habilidades para** participar y tomar decisiones respecto a situaciones que afectan el presente y el futuro.

Una vez identificada la población objeto y las necesidades que se presentan satisfacer, será crucial identificar las **transformaciones** que se pretenden lograr con las intervenciones a realizar en cada grupo poblacional o entorno; lo anterior deberá estar sustentado en las teorías del cambio planteadas a nivel individual, comunitario, interpersonal y sociopolítico. Las cuales están transversalizadas por estándares, criterios y niveles de evidencia que dan cuenta de cambios significativos en las poblaciones y/o entornos a intervenidos.

Lo anterior deberá estar acompañado por un **inventario de recursos internos y externos** de los grupos poblacionales seleccionados, lo cual permitirá plantear objetivos y acciones consecuentes a los recursos físicos y humanos que se requieran para el desarrollo de los programas y acciones preventivas. A la hora de definir el alcance de las estrategias a implementar, será necesario realizar un cruce de variables en cuanto a las expectativas de la comunidad y los grupos, el inventario de necesidades y los recursos que se tienen para realizar el despliegue requerido en función al cumplimiento del objetivo principal de la propuesta. En ocasiones, se pasa por alto que al momento de definir el alcance, se debe contar con información precisa que permita menguar los imprevistos que pueden interferir en la consecución del objetivo planteado al inicio del programa y/o acciones preventivas.

Una vez realizado lo anterior, se **diseñará el programa o acciones preventiva**, según los estándares y niveles de evidencia, el cual deberá estar transversalizado por un **plan de acción** que incluya procesos **de seguimiento y evaluación**, este último permitirá identificar durante el desarrollo, que las acciones establecidas inciden de manera pertinente al logro del objetivo planteado inicialmente, como a su vez, al proceso de transformación que se espera en el grupo poblacional o entorno a intervenir.

En el transcurso de la ejecución, se podrán ir realizando los ajustes pertinentes, para esto, se establecerán **planes de mejoramiento** e indicadores de proceso que favorezcan al monitoreo de las acciones realizadas y a la definición de estrategias que requieran ser implementadas para la consecución de los objetivos.

La socialización de los resultados, es considerado un aspecto relevante en los procesos de implementación, es importante que los grupos y/o entornos intervenidos conozcan de primera mano lo realizado, de igual manera, se debe conocer las buenas prácticas y lecciones aprendidas durante la implementación, con el fin de que ser replicadas a otros entornos.

Con el fin de conocer de manera detallada el proceso del Área de Proyectos y Mercadeo, se anexa la siguiente información:

1. Caracterización.
2. Procedimiento-Diseño y Ejecución de Propuestas-
3. Procedimiento- Diseño e implementación de propuestas-

#### **BIBLIOGRAFÍA**

Ministerio de salud y protección social, (primero). Resolución número 2003 de 2014: condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Pub. L. No. 2003. Recuperado a partir de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Akandere, M., & Tekin, A. (2004). Efectos del Ejercicio Físico sobre la Ansiedad. *PubliCE STandar*. Recuperado a partir de <https://g-se.com/es/salud-y-fitness/articulos/efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-ansiedad-478>

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5.

Brown, C., Stoffel, V., & Muñoz, J. P. (2010). *Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation* (1ª). F. A. Davis Company.

Buckley, P., & Brown, E. (2006). Prevalence and consequences of dual diagnosis. *Journal of clinical psychiatry*, 67(7).

Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1999). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series: N° 32. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2000). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series: N° 36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Chaudron, D., & Wilkinson, A. (1988). *Theories on Alcoholism*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Congreso de Colombia. (2012, Julio 31). Ley 1566 de 2012. Atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.

Congreso de Colombia. (2013, Enero 21). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016, Noviembre 17). Resolución número 0429. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018, Noviembre 7). Resolución número 4886. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019, Enero 16). Resolución número 0089. Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016, Julio 25). Resolución número 3202. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017, Diciembre 22). Resolución número 5269. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018, Noviembre 7). Resolución número 4886. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

OPS/OMS. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. HSD/SILOS

13. Federación Latinoamericana de la Salud. Sept. 1991

Grupo de investigación en salud mental - Universidad CES y Ministerio de la Protección Social. (2010). Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental.

Heath, B., Wise, R., & Reynolds, K. (2013). *Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare*. (pp. 2-13). Washington, D.C.: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. Recuperado a partir de [http://www.integration.samhsa.gov/integrated-care-models/A\\_Standard\\_Framework\\_for\\_Levels\\_of\\_Integrated\\_Healthcare.pdf](http://www.integration.samhsa.gov/integrated-care-models/A_Standard_Framework_for_Levels_of_Integrated_Healthcare.pdf)

Hidalgo, M. y Judez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral*; XI(10):895-910

Marlatt, A., & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2ª). Nueva York: Guilford Press.

McLellan, A., Lewis, D., O'Brien, C., & Kleber, H. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 1698-1695.

Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing preparing people for change* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Publications.

National institute on drug abuse. (1999, Octubre). Principles of drug addiction treatment. A research - based guide. NIH.

National institute on drug abuse. (2010, Julio). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. NIH. Recuperado a partir de: <https://d14rmgrtwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>

National institute on drug abuse. (2012, Diciembre). Medical Consequences of Drug Abuse. Recuperado a partir de: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/medical-consequences-drug-abuse>

National institute on drug abuse. (2016, Julio). Treatment Approaches for Drug Addiction. Recuperado 27 de octubre de 2015, a partir de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>

Oliva, A. (2012). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 30 (1-3)

Organización mundial de la salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión*. Ginebra.

Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: evidence from an epidemiologic survey.

Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. 1040-8703, 2012 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. [www.co-pediatrics.com](http://www.co-pediatrics.com). 24 (2): April 2012

Soutullo, D. (2007) Evolución del TDAH en la adolescencia y en la edad adulta. En: Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Volkow, N., & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>


Gobierno presenta Política Nacional de Salud Mental. Recuperado 09 de noviembre de 2018 a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/Pagias/Gobierno-presenta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>

Abrahams E. *Terapia Racional Emotiva*. 2a ed. México: Pax; 2005. 241 p.

Ackerman N. *The psychodynamics of family life*. Nueva York: Nueva York: Basic Books; 1958. 396 p.

Akandere M, Tekin A. Efectos del Ejercicio Físico sobre la Ansiedad. *PublICE STandar* [Internet]. 2004; Disponible en: <https://g-se.com/es/salud-y-fitness/articulos/efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-ansiedad-478>

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. octubre de 1996;153(10):1-31.

	<b>MODELO DE ATENCIÓN EN FARMACODEPENDENCIAS Y ADICCIONES</b>	Código: MA-GA-H:01
		Versión:02
		Fecha de actualización: 04/12/2018

- American Psychiatric Association. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. abril de 2007;164(4):5-123.
- Andersen T. The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. diciembre de 1987;26:415-28.
- Austin A, Macgowan M. Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. Res Soc Work Pract. marzo de 2005;15(2):67-83.
- B LA. Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas [Internet]. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD - OEA; 2004. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=333>
- Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2010. 314 p.
- Beck A. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Vol. 190. Grupo Planeta (GBS); 1999. 462 p.
- Becker D, Grillo C. Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. J Psychosom Res. agosto de 2015;79(2):159-64.
- Boisvert R, Martin L. Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. J Occup Environ Med. 2008;15:205-20.
- Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. Nueva York: Jason Aronson, Cancrini, L. Jason Aronson Inc; 565 p.
- Brown C, Stoffel V, Muñoz JP. Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation. 1a. F. A. Davis Company; 2010. 811 p.
- Campos Vásquez N. Nutrition as a Way of Dealing with Tobacco Addiction. Rev Costarric Salud Pública. junio de 2015;24(1).
- Cancrini L, Cingolani S, Compagnoni F. Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. Fam Process. septiembre de 1988;27(3):261-71.
- Carlson R, Kummer N, Wong - McKinstry E. Alcohol withdrawal syndrome. Crit Care Clin. octubre de 2012;28(4):585-94.
- Chaudron D, Wilkinson A. Theories on Alcoholism. Toronto: Addiction Research Foundation; 1988. 498 p.
- Cowan J, Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. Appetite. enero de 2008;50(1):33-42.

- Cowan J, Devine C. Diet and body composition outcomes of an environmental and educational intervention among men in treatment for substance addiction. *J Nutr Educ Behav.* marzo de 2013;45(2):154-8.
- Del Re A, Flückiger C. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* noviembre de 2012;32(7):642-9.
- El salvador. Acuerdos de la XXX Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana. [Internet]. 2014. Disponible en: [http://www.paho.org/resscad/images/stories/2014\\_XXX\\_RESSCAD/informe\\_presentaciones/21\\_Acuerdos\\_XXX\\_RESSCAD-ELS.pdf?ua=1](http://www.paho.org/resscad/images/stories/2014_XXX_RESSCAD/informe_presentaciones/21_Acuerdos_XXX_RESSCAD-ELS.pdf?ua=1)
- Epstein D, Hawkins wesley. Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychol Addict Behav.* marzo de 2003;17(1):73-82.
- E.S.E CARISMA. Guía de Atención Integral para los problemas relacionados con heroína y otros opiodes. 2013. E.S.E CARISMA. Modelo del Tratamiento de la farmacodependencia. 2007
- Fisrt, Michael B. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Vol. 1. Masson; 2001. 1088 p.
- Flegal K. The conundrum of smoking cessation and weight gain. *Prev Med.* marzo de 2012;54(3).
- Fornés J. Registros de Enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. *Rol Enferm.* 1997;223:56-63.
- García Bardón V. Evidencia científica de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2(1):38-43.
- Grant, L. P., Haughton, B., & Sachan, D. S. (2004). Nutrition education is positively associated with substance abuse treatment program outcomes. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(4), 604-610.
- Gomez E, Muñoz MM. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Psyke.* 2007;16(2):43-54.
- González. Modelo Matrix, tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. 2013. 130 p.
- Greenfield R. Assessing executive and community functioning among homeless persons with substance use disorders using the Executive Function Performance Test. *Occup Ther Ment Health.* septiembre de 2012;19(3):135-43.
- Grieve J. Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. 2a ed. Colombia: Panamericana; 2000. 167 p.



- Herrera Arce A. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastor Adict. Abirl* de 2003;5(2):58-74.
- Hettema J, Steele J, Miller W. Entrevista Motivacional. *Rev Toxicom.* 2008;52:3-24.
- Hoffman R, Howland MA. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. 10a ed. Mc Graw-Hill; 2011. 1450-1466 p.
- Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones [Internet]. Digital; 2012. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en la investigación [Internet]. NIH; 2001. Disponible en: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatp.pdf>
- Iserning E. The need to identify and effectively manage nutritional concerns in patients undergoing treatment for substance abuse. *Nutrition*. julio de 2012;28(7):737.
- Joe G, Simpson D. Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS, Drug and Alcohol. *Drug Alcohol Depend.* diciembre de 1999;57(2):113-25.
- Jones H. Improving Treatment Outcomes for Pregnant Drug-Dependent Women Using Low-Magnitude Voucher Incentives. *Addict Behav.* marzo de 2000;25(2):263-7.
- Keegan J, Parva M, Finnegan M. Addiction in Pregnancy. *J Addict Dis.* 2010;29:175-91.
- Kelly T. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav.* enero de 2012;37(1):11-24.
- Ki Tae Suk. Drug-induced liver injury: present and future. *Clin Mol Hepatol.* septiembre de 2012;18(3):249-57.
- Ley 1616. Colombia. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental en Colombia. [Internet]. ene 21, 2013 p. 17. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Llorente del pozo JM. Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastor Adict.* diciembre de 2008;10(4):252-74.
- LópezBris E. El tratamiento de las toxicomanías y la medicina basada en la evidencia: una alianza necesaria. *Rev Esp Drogodepend.* 2007;32(4):512-30.

- Mann W. Leisure activity profile measuring use of leisure time by persons with alcoholism. *Occup Ther Ment Health*. 1991;10(4):31-41.
- Marcos Sierra JA. La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apunt Psicol*. 2009;27(2-3):339-62.
- Marlatt A, Donovan D. *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2a. Nueva York: Guilford Press; 2005. 416 p.
- McCance - Katz E, Sullivan L. Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications: a review. *Am J Addict*. enero de 2010;19(1):4-16.
- Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing preparing people for change*. 2a ed. Nueva York: Guilford Publications; 2002. 428 p.
- Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing)*. tercera. 2012. 482 p.
- Miller W, Wilbourne P. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. marzo de 2002;97(3):265-77.
- Ministerio de la protección social, Dirección general de salud pública. Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia. [Internet]. 2004. Disponible en: [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/Actualizacion\\_guia\\_atencion\\_farmacoddependencia\\_2\\_.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Actualizacion_guia_atencion_farmacoddependencia_2_.pdf)
- Ministerio de salud y protección social (primero). Resolución número 2003 de 2014: condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud [Internet]. 2003 p. 225. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
- Moruno Miralles P. La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/29/24/81/29248145872274301465013534084720918642>
- National institute on drugn abuse. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. [Internet]. NIH; 2009. Disponible en: <https://casaa.unm.edu/ctn/ctn%20mod%20tool%20kit/Treatment/en%20espanol/Enfoques%20para%20el%20tratamiento%20de%20la%20drogadiccion.pdf>
- National institute on drug abuse. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones [Internet]. NIH; 2010. Disponible en: <https://d14mgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatasp.pdf>

- Nazrul Islam S. Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. Br J Nutr. noviembre de 2002;88(5):507-13.
- Nicholls L. Opioid Dependence Treatment and Guidelines. Suppl J Manag Care Pharm. febrero de 2010;16(1-b).
- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid - España: Meditor; 1992.
- Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Suiza; 2016. 140 p
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo- salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas [Internet]. 2001. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Orsini C, Ginton G. Food consumption and weight gain after cessation of chronic amphetamine administration. Appetite. julio de 2014; 78:76-80.
- Ramírez Villaseñor. MA. Terapia Familiar y Adicciones. Rev Int Psicol. 2001;2(1).
- Resolución 5521. Colombia. Por la cual se define, aclara y actualiza el nuevo POS [Internet]. dic 27, 2013 p. 146. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- Rogers P. Food and drug addictions: Similarities and differences. Pharmacol Biochem Behav. Febrero 2017;153:182-90.
- Rojo Mota G, Pedrero Pérez E. Evaluation of occupational performance in everyday life in addicted population. Development of a measuring instrument: the ADO. Adicciones. 2011;23(1):27-35.
- Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. Trastor Adict. abril de 2008;10(2):88-97.
- Rush B, Koegl C. Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. diciembre de 2008;53(12):810-21.
- Scaffa M. Alcoholism: an occupational behavior perspective. Occup Ther Ment Health. octubre de 2008;11(11):99-111.
- Secades Villa R. Fundamentos psicológicos del tratamiento. Papeles Psicólogo. abril de 2007;28(1).

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.  
Monografía Patología Orgánica en adicciones. Adicciones. 2006;18(1):1-286.

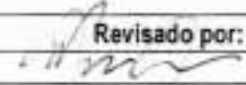
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.  
Documento de Consenso en Prevención de las Drogodependencias. Adicciones. 2012;1-17.

Ussher M, McCusker M. A physical activity intervention in a community alcohol service. Br J Occup Ther. diciembre de 2000;63(12):106-7.

Viik MK. Preliminary Validation of the Assessment of Occupational Functioning with an Alcoholic Population. Occup Ther Ment Health. octubre de 2008;10(2):19-33.

Work group on substance use disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders [Internet]. 2010. Disponible en: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/substance\\_use.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substance_use.pdf)

COPIA CONTROLADA

	<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Firma	Equipo terapéutico		
Nombre	Equipo terapéutico	Gustavo Alexander González Muñoz	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Equipo terapéutico	Subdirector científico	Gerente

## JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con trastornos mentales relacionados con dependencia a sustancias psicoactivas, generalmente requieren tratamientos en centros especializados en algún momento de su vida, para atender las necesidades de ellos mismos, de sus familias y de la comunidad, que se ven afectados de forma importante, no sólo en relación con la salud física y emocional, sino también en relación al desempeño de roles sociales, familiares y laborales.

Hay infinidad de posibilidades de intervención, desde modelos más centrados en atenciones profesionales, hasta los fundados en la autoayuda; algunos de puertas cerradas y restrictivos, otros de puertas abiertas; algunos internos, otros externos; pueden ser de larga estancia o corta duración.

Dentro de estas posibilidades se encuentra una forma de intervención que combina la autoayuda con las intervenciones profesionales, que se extiende en el tiempo pero no es continua y que no requiere la internación del paciente, o sea, un tratamiento ambulatorio, lo cual puede ser más recomendable en pacientes que no tienen tan comprometida su funcionalidad ocupacional, social y familiar; que cuentan con buena red de apoyo socio-familiar; que deben continuar laborando o estudiando; que tienen responsabilidades familiares que no pueden delegar como cuidado de niños pequeños, ancianos o enfermos; además de individuos que están en riesgo de desarrollar dependencias. Además, las sustancias de las que dependen no generan un síndrome de abstinencia que ponga en peligro su salud y vida, o ya han hecho el proceso de desintoxicación y la abstinencia fue superada. El tratamiento ambulatorio también puede ser parte de un esquema de tratamiento más amplio que incluya un período previo de internación, y por lo tanto ser la continuación de un proceso que gradualmente va disminuyendo la contención institucional y restituyendo al sujeto a su medio social, laboral y familiar.

Las ventajas de esta forma de tratamiento son: que el paciente sigue manteniendo sus actividades laborales y académicas habituales, que no se aleja de la familia, que puede vivir fuera del área metropolitana. A lo anterior se suma el factor económico, ya que es menos costoso que la internación. Este tipo de tratamiento puede recibir pacientes que egresen de hospital total (cuando el paciente no puede hacer hospital día); de la fase de desintoxicación, de hospital día o los pacientes pueden ingresar directamente al tratamiento ambulatorio cuando la valoración clínica así lo determine.

Esta modalidad de tratamiento aparece documentada en la Guía Nacional de Atención en Farmacodependencia del Ministerio de la Protección Social de la siguiente manera:

«**Modalidad I: Tratamiento Ambulatorio.** La modalidad de Tratamiento Ambulatorio incluye aquellos servicios organizados o programas de tratamiento que pueden ser prestados en una amplia variedad de encuadres, con la participación de un equipo multidisciplinario cuyos miembros cuentan con formación específica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias o de salud mental.

En esta modalidad de tratamiento las intervenciones se realizan en un encuadre no residencial, con períodos de permanencia limitados a horas y con baja frecuencia (semanal o inter diaria). Incluye:

▣ **Intervención temprana.** Es un abordaje terapéutico de baja intensidad para atender oportunamente a consumidores de sustancias psicoactivas en situación de riesgo de desarrollar un trastorno por dependencia o abuso. La finalidad es minimizar el impacto del consumo en la vida del sujeto actuando sobre los factores de riesgo y de protección. La duración de esta intervención suele estar limitada a algunas sesiones e incluye intervenciones de tipo psicosocial. Ejemplo de esta modalidad pueden ser los servicios comunitarios de atención inmediata para jóvenes transgresores o para conductores bajo influencia alcohólica.

▣ **Consulta externa.** Tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados dirigido a consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas que pueden beneficiarse en un encuadre de baja intensidad dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, las cuales son programadas en una agenda de baja intensidad con frecuencia semanal o varias veces a la semana (menos de tres); por ejemplo, la consulta ambulatoria de un servicio de salud mental.

En los establecimientos ubicados en esta modalidad se realizan actividades de evaluación, tratamiento y rehabilitación, bajo la dirección de profesionales acreditados. El paciente asiste a sesiones programadas regularmente y las intervenciones terapéuticas responden a parámetros establecidos en protocolos de normas y guías de intervención, basados en evidencias científicas y dentro del marco de políticas regulatorias del Estado y de organismos competentes.

El tratamiento realizado en los servicios ambulatorios está orientado a conseguir cambios permanentes en la conducta de consumo de sustancias psicoactivas y a la búsqueda de niveles de funcionamiento mental adecuados en aquellos individuos cuyo nivel de severidad clínica lo permita.


En el tratamiento se incluye la orientación hacia el desarrollo de estilos de vida y patrones de comportamiento que potencien el logro de los objetivos terapéuticos, especialmente el logro de una vida libre del consumo de sustancias psicoactivas.

La duración del tratamiento depende de la severidad particular del cuadro clínico del paciente y de su evolución.

Dada la disponibilidad de los establecimientos correspondientes a este nivel de atención, es importante promover estrategias que permitan hacer accesible el tratamiento para aquellos pacientes con comorbilidad médica o psiquiátrica así como los que adolecen de falta de motivación suficiente para emprender un proceso de recuperación.» (Colombia M. d., 2004)

#### **MARCO LEGAL:**

La atención de personas que padecen trastornos por uso de sustancias, está regulada por RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 del Ministerio de la Protección Social y aparece como ATENCIÓN AMBULATORIA AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. MEDIANA COMPLEJIDAD. (Colombia M. d., 2014). Además por todas las leyes que rigen la atención en salud en el territorio nacional.

	<b>MODELO DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN FARMACODEPENDENCIAS Y ADICCIONES</b>	Código: MA-GA-H:01
		Versión:02
		Fecha de actualización: 04/12/2018

#### OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer programas de promoción de la salud, prevención y tratamiento ambulatorio de conductas adictivas, mediante el desarrollo de un proceso terapéutico y psicoeducativo que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Disminución del sufrimiento subjetivo del individuo con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas.
- Abstinencia de las sustancias psicoactivas más problemáticas, como objetivo ideal.
- Tratamiento de patología física y siquiátrica asociada.
- Disminución en la disfuncionalidad psicosocial de los usuarios.
- Reinserción socio familiar.
- Aprendizaje de la prevención de recaídas.
- Mantenimiento de la mejoría obtenida. (ESE-CARISMA, 2008)

#### METODOLOGÍA:

El Tratamiento ambulatorio de la E.S.E. HOSPITAL CARISMA utiliza un procedimiento de trabajo clínico y psicopedagógico, tanto grupal como individual, que se fundamenta en el abordaje interdisciplinario y la inclusión de la familia en el proceso de tratamiento, enmarcado en el modelo de tratamiento que rige para la atención institucional


#### POBLACIÓN OBJETO:

Según la Actualización de la Guía de Atención en Farmacodependencia del Ministerio de la Protección, esta modalidad de tratamiento puede ofrecerse a:

- Pacientes cuya evaluación muestra un grado de severidad manejable con los recursos disponibles en esta modalidad.
- Pacientes que han sido tratados en una modalidad más intensiva y que han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en una modalidad de atención menos intensiva.
- Pacientes que aunque pudieran requerir mayor intensidad de atención, en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa.
- Pacientes con "diagnóstico dual", que sufren trastornos mentales de severidad leve, o de severidad grave pero estable en la actualidad.

Se consideran criterios de exclusión para el Tratamiento Ambulatorio:

- La ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad ambulatoria.

	<b>MODELO DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN FARMACODEPENDENCIAS Y ADICCIONES</b>	Código: MA-GA-H:01
		Versión:02
		Fecha de actualización: 04/12/2018

- La evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención\* (Colombia M. d., 2004)

#### PLANES DE TRATAMIENTO:

- Adultos con trastornos por uso de sustancias
- Familias sin usuarios

#### DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

El programa ambulatorio está diseñado por fases, con una duración y unos logros específicos para cada una.

Cada fase consta de las siguientes atenciones:

- Atenciones individuales interdisciplinarias (Psiquiatría, Médico Especialista en farmacodependencia, Psicólogo)
- Atenciones al grupo familiar (Trabajador social)
- Grupos psicoeducativos para familia y pacientes
- Grupos de apoyo para familias y pacientes

La interdisciplinariedad permite abordar las dimensiones biológica, psicológica, familiar y social del consultante.

Se busca también que se articule con las intervenciones internas, tanto de hospitalización total como de hospital día; así también con los recursos de la comunidad y del sistema de atención primaria en salud, al cual idealmente deberá retomar el paciente cuando concluya su programa.

#### INGRESO DEL PACIENTE

El paciente llega al programa desde hospital día, hospitalización total, desintoxicación o de la consulta externa, remitido por el psiquiatra, el toxicólogo o el médico especialista en farmacodependencia.

#### DURACIÓN TOTAL DEL PROCESO:

6 MESES.

Divididas en 3 fases de 8 semanas de duración cada una

##### FASE I

**Duración:** 8 semanas

##### Actividades

##### 1° semana:

Grupos OMEE si aún no los ha realizado

Cita con psiquiatría

Cita con médico especialista en farmacodependencia

Cita con psicología

Cita con trabajo social para el grupo familiar



**2°,3°,4°,5°,6°,7°,8° semanas:**

Citas individuales para el paciente semanales con Psicología

Citas para el grupo familiar semanales con Trabajo social

Grupo de apoyos quincenales para pacientes por Psicología, semanas 2°, 4°, 6°

Grupos de apoyo quincenales para familias por trabajo Social, semanas 2°, 4°, 6°

Grupos de evaluación conjuntos para familias y pacientes con trabajo social, semana 8°. En esta actividad el paciente diligencia la escala Sheehan.

Grupo psicoeducativos quincenales para pacientes y familias:

- Médico especialista en farmacodependencia, semanas 3° y 7°, familias y pacientes  
*Tema: Generalidades de los Trastornos relacionados con uso de Sustancias psicoactivas*
- Trabajo Social, semanas 3° y 7°  
*Tema: Autoridad y norma en la familia*
- Psicología, semana 5°  
*Tema: Técnicas de manejo de ansiedad*

**FASE II**

**Duración:** 8 semanas

**Actividades**

**9°semana**

Cita con Médico especialista en farmacodependencia

Cita con Psicología

Cita con trabajo social para el grupo familiar

**Semanas 10°,11°,12°,13°,14°,15° y 16°**

Citas quincenales individuales con psicología semanas 11°, 13°, 15°

Citas quincenales con el grupo familiar por trabajo social semanas 11°, 13°, 15°

Grupos de apoyo quincenales para familia por trabajo social semanas 10°, 12°, 14°

Grupos de apoyo quincenales para pacientes por psicología semanas 10°, 12°, 14°

Grupos de evaluación conjuntos para familias y pacientes con trabajo social, semana 16°.

En esta actividad el paciente diligencia la escala Sheehan.

Grupos psicoeducativos quincenales para pacientes y familias:

- Médico especialista en Farmacodependencia semana 11° y 15°  
*Tema: Hábitos de vida saludables*
- Psiquiatría semana 11° y 15°  
*Tema: Enfermedad Mental y farmacodependencia*
- Psicología semana 13°  
*Tema: Estrategias de prevención de recaídas*

### FASE III

**Duración:** 8 semanas

#### 17° semana

Cita con Psicología individual

Cita con Trabajo social para grupo familiar

Cita con Médico especialista en farmacodependencia

#### Semanas 18°, 19°, 20°, 21°, 22° y 23°

Grupos de apoyo quincenales para pacientes por Psicología 18°, 20°

Grupos de apoyo quincenales para familias por trabajo social 18°, 20°

Grupos de evaluación conjuntos para familias y pacientes con trabajo social, semana 22°

En esta actividad el paciente diligencia la escala Sheehan.

Grupos psicoeducativos:

- Psicología, semanas 21° y 23°

*Temas: Expresión y manejo de sentimientos y emociones*

- Trabajo social, con flias semana 17 y 21

*Temas: Rol de la familia en la recuperación del adicto para flias  
Habilidades sociales para ptes*

- Médico especialistas en Adicciones, con ptes semana 17 y 23

*Temas: Sexualidad*

#### Semana 24

Es la semana de cierre del proceso en la cual el paciente y su familia son evaluados por todas las disciplinas que han participado en el tratamiento, que incluye:

Cita con psiquiatría

Cita con médico especialista en farmacodependencia

Cita con psicología

Cita con trabajo social para el grupo familiar

Al finalizar el proceso ambulatorio, el paciente será dado de alta o continuará en proceso de seguimiento, con citas mensuales por psiquiatría o medicina especializada en farmacodependencia y con la posibilidad de continuar vinculado a los grupos de apoyo institucionales. Se puede igualmente contrarremittir y orientar hacia grupos de autoayuda como A.A. y N.A.

### OTRAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

1. Staff semanal del equipo de 2 horas de duración con Psicología, Psiquiatría, Especialista en Farmacodependencia, enfermería, Trabajo social

2. Prueba de tóxicos "sorpresa", para aplicar en 2 momentos de cada fase, en total 6 pruebas durante el tratamiento y como forma de ir monitorizando los logros del proceso
3. Bimensualmente se harán evaluaciones conjuntas pacientes-familia, dirigidas por trabajo social, para evaluar logros y dificultades en la evolución del proceso.
4. Aplicación del Inventario de Discapacidad de Sheehan bimensualmente.

**RECURSO HUMANO:**

Médico Psiquiatra  
Médico Especialista en Farmacodependencia  
Enfermería  
Psicólogo  
Trabajador social

**LOGÍSTICA:**

1. Consultorios dotados
2. Salas de reuniones
3. Sillas
4. Tableros
5. Material para actividades grupales
6. Computadores
7. Kits para detección de drogas en orina

**REFERENTE TEÓRICO DE LAS TERAPIAS GRUPALES EN ADICCIONES**

La comprensión del fenómeno de las adicciones como no exclusivamente psicológico, ha llevado a privilegiar en su tratamiento las técnicas grupales. Generalmente son complementarias de las intervenciones individuales. En este tipo de terapias los pioneros fueron A.A. y sus 12 pasos, que fusionan la enfermedad y la perspectiva moral. Igualmente han contribuido las teorías psicodinámicas de Yalom que plantea la creación de un clima grupal que favorezca la auto comprensión y la comprensión de los demás para que los miembros del grupo entiendan el mecanismo por el que su vulnerabilidad psicológica les conduce al consumo y la dependencia de sustancias.

La teoría cognitivo-comportamental también ha influido la terapia grupal y los grupos psicoeducativos son una de sus formas. Plantea que el comportamiento adictivo es condicionado y se generaliza a un rango de estímulos del medio ambiente que lo perpetúan; por lo tanto la terapia busca desarrollar pensamientos y comportamientos alternativos al condicionado. (Flores, 1996)

**TEMATICAS DE LOS GRUPOS PSICOEDUCATIVOS:**

Los grupos psicoeducativos informan y enseñan a los individuos adictos y sus familias. Se eligieron las temáticas de los grupos psicoeducativos a cargo de Psicología, Trabajo Social, Médico especialista en Farmacodependencia y Psiquiatra teniendo en cuenta que es común encontrar que los

consumidores de sustancias psicoactivas y sus familias desconocen las características y consecuencias a largo, mediano y corto plazo del uso de las mismas, por lo cual educarlos al respecto es fundamental.

Algunos de los temas planteados en los grupos se inspiran el concepto de habilidades para la vida. En 1993, la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas (LifeSkills Education in Schools). Aunque se planteó como una propuesta para el desarrollo saludable de niños y adolescentes, ha logrado un reconocimiento amplio porque es bastante flexible y tiene aplicabilidad universal, por lo tanto su uso se ha extendido. Las habilidades para la vida son 10, que corresponden a 3 grupos: las sociales, las cognitivas y las del control de las emociones. Las habilidades sociales son el autocontrol, la empatía, la comunicación asertiva y las relaciones interpersonales. Las habilidades cognitivas son la toma de decisiones, el manejo de problemas y conflictos, el pensamiento creativo y el pensamiento crítico. Las habilidades relacionadas con control de las emociones son el manejo de emociones y sentimientos y el manejo de tensiones y estrés. Algunas de las actividades psicoeducativas buscan fortalecer estas habilidades. (Organización Panamericana de la Salud, 2011) Por otra parte, hay una comorbilidad importante entre los Trastornos Mentales por uso de sustancias psicoactivas y otros como Trastornos de Personalidad, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Depresión, Ansiedad y otros. Por lo tanto, el conocimiento de algunos elementos básicos de esta relación hace parte de las actividades que se trabajaran en los grupos psicoeducativos. (Brady & Malcolm, 2004)

TEMA	PROFESIONAL	FASE
Generalidades de los Trastornos por Uso de sustancias	Médico Esp. FD	1, paciente y familia
Autoridad y norma en la familia	Trabajo Social	1, paciente y familia
Técnicas de manejo de ansiedad	Psicología	1, paciente y familia
Hábitos de vida saludables	Médico Esp. FD	2, paciente y familia
Enfermedad Mental y farmacodependencia	Psiquiatría	2, paciente y familia
Estrategias de prevención de recaídas	Psicólogo	2, paciente y familia
Expresión y manejo de sentimientos y emociones	Psicólogo	3, paciente y familia
Rol de la familia en la recuperación del adicto	T.S	3, familia
Habilidades sociales	T.S.	3, paciente
Sexualidad	Médico Esp. FD	3, paciente y familia

### Indicadores

- 1) # de Ingresos al programa
- 2) Origen de los ingresos:
  - o Consulta externa
  - o Desintoxicación
  - o Hospital Total
  - o Hospital Día solo
  - o Hospital Total+ Hospital Día

- 3) **Deserciones:** # de pacientes totales que ingresan al programa  
# de pacientes que abandonan el programa

Se considera desertor al paciente que falta a 3 actividades consecutivas sin justificación

- 4) **Índice de Recaidas:**  
# total de pacientes en el programa  
# de recaídos según reporte de paciente, familia o prueba de tóxicos  
Se considera el consumo de sustancias durante el tratamiento.

- 5) **Puntaje en la Escala de funcionalidad de Sheehan** (Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño, & Bobes, 2006)

Este instrumento que puede ser auto o heteroaplicado evalúa el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos.

Consta de 5 ítems que se agrupan en 3 escalas: Discapacidad en los dominios trabajo, vida social y vida familiar; estrés percibido que evalúa los acontecimientos estresantes y los problemas personales que le han dificultado la vida y por último el apoyo social percibido. Esta escala no tiene puntos de corte, a mayor puntaje, mayor discapacidad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso, L., Fishmann, M., Grimmson, R., Madrigal, E. & Mandel, Wallace. CICAD. OEA. (2004) Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Recuperado de:  
[http://www.cicad.oas.org/Reduccion\\_Demanda/ESP/resumen%20ejecutivo%20de%20guia%20practico%20sistema%20de%20tratamiento%20%E2%80%A6.pdf](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/ESP/resumen%20ejecutivo%20de%20guia%20practico%20sistema%20de%20tratamiento%20%E2%80%A6.pdf)

2. ESE HOSPITAL CARISMA. (2008). MANUAL DE TRATAMIENTO.
3. Kebler, et al. (2006) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition. APA. Recuperado de: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/admisiones3/Escritorio/Modelo%20de%20to2/PsychiatryOnline%20%20APA%20Practice%20Guidelines%20%20Practice%20Guideline%20for%20the%20Treatment%20of%20Patients%20With%20Substance%20Use%20Disorders,%20Second%20Edition.htm>
4. NIDA. (2009). Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. Recuperado de: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Tratamiento alcohol y drogas /Articulos/Enfoques de tratamiento.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales%20de%20consulta/Tratamiento%20alcohol%20y%20drogas/Articulos/Enfoques%20de%20tratamiento.pdf).
5. -----, (2001, REVISIÓN 2010). Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en la investigación. Consultado en: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
6. Pereiro, C. ed. (2006) Monografía Patología Orgánica en adicciones. Vol. 18. suplemento 1. Madrid: Socidrogalcohol.
7. UNDOC/OMS. (2010). Programa conjunto UNDOC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia. Recuperado de: [http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP\\_Brochure - Spanish.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf)
8. López, E. (2007) El tratamiento de las toxicomanías y la medicina basada en la evidencia: una alianza necesaria. Revista española de drogodependencias. 32(4) 512-530  
<http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Guia%20Atencion%20Farmaco%20Dependencia.pdf>  
[http://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley\\_1566.pdf](http://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf)  
C:\Users\equipo6\Documents\TRATAMIENTO COMORBILIDAD MEDICA\PsychiatryOnline \_ APA PracticeGuidelines \_ PracticeGuidelinefortheTreatment of PatientsWithSubstance Use Disorders, SecondEdition\_files  
[https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma		<i>Sandra Lara A.</i>	
Nombre	Equipo terapéutico	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo		Desarrollo Organizacional	Gerente



GESTIÓN DIRECCIÓN  
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN

CONSULTA EXTERNA

Código: GD-C-CAR.05

Versión: 01

Fecha actualización: 12/04/2019

OBJETIVO DEL PROCESO		OBJETIVO DE CALIDAD					
Brindar servicios de salud integral al paciente ambulatorio de acuerdo a la oferta y la demanda, mediante la planeación y la modalidad de tratamiento, diagnóstico y necesidad del usuario.		Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en farmacodependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia, cumpliendo con cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.					
ALCANCE							
Inicia cuando el usuario solicita información y/o atención, continúa en el momento de la atención ofrecida por el auxiliar de atención en salud, y finaliza cuando es atendido por el profesional de la atención y le ordena el tratamiento y las citas complementarias y las de seguimiento ambulatorio.							
LIDER DEL PROCESO		PARTICIPANTES DEL PROCESO					
SUBDIRECTOR CIENTIFICO		SUBDIRECTOR CIENTIFICO, SERVICIO AMBULATORIO; GRUPO CONSULTA EXTERNA					
INTERACCIONES							
Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	SALIDAS	Quien Recibe (cliente)	
INTERNO	EXTERNO					INTERNO	EXTERNO
<b>Internos</b>  Procesos: 1. Hospitalización. 2. Tecnología informática 3. Infraestructura y equipo 4. Servicio Logísticos. 5. Gestión Humana 6. Adquisiciones de bienes y servicios 7. Gestión de la planeación. 8. Gestión Gerencia Institucional		<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de consulta o referencia interna</li> <li>Hardware y software como herramienta tecnológica o trabajo</li> <li>Capacidad de infraestructura</li> </ul>	p	Identificar los recursos (disponibilidad de agendas, profesionales, infraestructura, insumos) disponibles Para brindar la atención.  Identificar Necesidades de Inducción, entrenamiento y capacitación del Talento humano.	Agendas de especialidades Médicas  Atención dirigida a la satisfacción del usuario.  Remisión de pacientes por su condición Médica.  Estudios de conveniencia y Oportunidad- ECO Respuestas a PQRS.  Informes y Reportes.  Planes de Mejora.  Solicitudes de servicio interno: mantenimiento, informática	Procedimiento: 1. Hospitalización. 2. Adquisiciones de bienes y servicios 3. Gestión Planeación 4. Gestión Gerencial Institucional 5. Servicios logísticos 6. Infraestructura y equipo.	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de la infraestructura</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Recursos (personal, muebles y enseres, equipos biomédicos y tecnológicos)</li> <li>• Informes de resultado de análisis de PQRD</li> <li>• Políticas, directrices, normatividad interna y objetivos.</li> </ul>	<p>H</p> <p>Programar agendas</p> <p>Divulgación y socialización de las agendas y socialización de las agendas.</p> <p>Recepción y gestión de PQRS.</p> <p>Realizar solicitudes a los procesos de apoyo que se requieren para la prestación del servicio en el área (mantenimiento, informática).</p> <p>Responder a requerimientos de solicitud de información.</p> <p>Recepcionar y analizar informes, recordar citas, daños en el sistema, citas incumplidas, inasistencias, novedades y PQRS resueltas, errores en la asignación de citas.</p> <p>Alimentar y reportar indicadores.</p> <p>Informes gerenciales de gestión del proceso.</p> <p>Realizar capacitaciones al personal basado en las oportunidades de mejora definidas.</p> <p>Elaboración de estudios de conveniencia y oportunidad según las necesidades evidenciadas (talento humano, equipos biomédicos y tecnológicos, muebles y enseres)</p> <p>Búsqueda y selección de talento humano</p>		
--	---	--	--	--



		<p>Dar respuesta a compromisos adquiridos en los comités y reuniones.</p> <p>Definir, elaborar y socializar el soporte documental correspondiente al que hacer del procedimiento</p>	
		<p>Verificar el programa Vs. Agendas emitidas</p> <p>Verificar Disponibilidad de recursos para generar novedades.</p> <p>Validar la adecuada gestión a las diferentes solicitudes allegadas al servicio</p> <p>Rondas de inspección a las instalaciones</p> <p>Evidenciar oportunidades de mejora</p> <p>Análisis a los indicadores</p> <p>Atender auditorias</p> <p>Evaluar la efectividad y la adherencia</p> <p>Supervisión del talento humano</p> <p>Evaluación del talento humano</p> <p>Evaluación del proceso frente a los estándares de Acreditación aplicables</p>	

		<p>Solicitar ajustes pertinentes a las agendas.</p> <p>A Reportar resultados de inspecciones.</p> <p>Planes mejora</p> <p>Actualizar la documentación de acuerdo a las modificaciones que sufran las actividades por cambios, metodológicos, tecnológicos o normativos</p>		
<p><b>Externos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. DSSA</li> <li>2. Ministerio de Salud y La protección Social.</li> <li>3. Secretaria de Salud</li> <li>4. Superintendencia de salud.</li> <li>5. Entes Judiciales</li> <li>6. Pacientes-usuarios</li> <li>7. Entes judiciales</li> <li>8. pacientes -usuarios</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconsulta</li> <li>• Solicitud de reportes de indicadores</li> <li>• Tutelas y fallos judiciales</li> <li>• Solicitud de citas para respuesta a quejas de usuarios</li> </ul>	<p>p. Identificar los informes y reportes que se deben realizar a los entes externos.</p> <p>Proyectar las metodologías.</p>	<p>Informes y Reportes.</p> <p>Cita médica asignada y programada de acuerdo a lo Solicitado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DSSA</li> <li>2. Ministerio de Salud y la protección Social.</li> <li>3. Secretaria de Salud</li> <li>4. Superintendencia de salud.</li> <li>5. Entes judiciales</li> <li>6. Pacientes-usuarios</li> </ol>
		<p>H Asignar la cita médica especializada de acuerdo a lo solicitado</p> <p>Realizar los informes de acuerdo a los requerimientos.</p> <p>Alimentar y reportar indicadores.</p> <p>Atender solicitudes judiciales y dar respuesta dentro de los plazos definidos.</p>		
		<p>V Corroborar el cumplimiento de las citas médicas especializadas asignadas.</p> <p>Validar que los informes sean entregados en los tiempos definidos y con la información Pertinente.</p>		

			Validar el cumplimiento a la respuesta solicitada por los entes judiciales.		
		A	<p>Planes de mejora</p> <p>Planeación de recursos para dar atención a la gestión de requerimientos y necesidades, para el correcto funcionamiento del área (Talento Humano, Insumos).</p>		
<p><b>Internos</b></p> <p>Procedimientos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalización.</li> <li>2. Farmacia</li> <li>3. Apoyo Diagnóstico</li> <li>4. Apoyo Terapéutico.</li> <li>5. Tecnología informática</li> <li>6. Infraestructura y equipo</li> <li>7. Servicio Logísticos.</li> <li>8. Gestión Humana</li> <li>9. Gestión Gerencial Institucional</li> <li>10. Adquisiciones de bienes y servicios.</li> <li>11. Gestión de la planeación.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de atención del paciente.</li> <li>• Autorización el servicio.</li> <li>• Insumos farmacéuticos</li> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Talento Humano</li> <li>• Herramienta tecnológica</li> <li>• Políticas, directrices.</li> <li>• Normalidad interna objetivo</li> <li>• Informes de resultados de análisis a PQRD</li> </ul>	H	<p>Recepcionar el Paciente que asiste a Cumplir una cita médica especializada y/o procedimiento previamente Programado.</p> <p>Verificar la documentación soporte de la asignación de cita y las indicaciones respectivas para cada cita y/o procedimiento.</p> <p>Orientar al paciente y la familia o acompañante de acuerdo a las necesidades de cada uno o procedimientos Que requiera.</p> <p>Ingresar al consultorio (historia clínica) de los pacientes programados para la realización de la consulta la Médica especializada.</p> <p>Mantener una a comunicación permanente y asertiva con el profesional lospacientes, de acuerdo a las novedades presentadas.</p> <p>Recopilar la documentación soporte del cumplimiento de las consultas médicas especializadas y entregarlas para respectiva facturación.</p>	<p>Atención medica Integral y de Enfermería.</p> <p>Documentos Y registros asistenciales diligenciados.</p> <p>Notificación de posibles eventos adversos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente.</li> <li>2. Farmacia.</li> <li>3. Proceso Hospitalización</li> <li>4. Proceso apoyo Diagnostico</li> <li>5. Proceso apoyo Terapéutico</li> </ol>

		<p>Ejercer la custodia y el orden de las historias clínicas para garantizar su óptima conservación y la atención oportuna de los pacientes.</p> <p>Atender las auditorías de control internas (Calidad)</p> <p>Seguimiento y toma de acciones a PQR para dar respuesta a Atención al Usuario.</p> <p>Definir los planes de Mejora de acuerdo a los Hallazgos evidenciados.</p> <p>Realizar el alistamiento (limpieza, desinfección y dotación) de los consultorios y/o personal que asiste, equipos y herramientas; de acuerdo a las necesidades de cada especialidad, cumpliendo con los protocolos para tal fin.</p> <p>Definir, elaborar y socializar el soporte Documental correspondiente al que hace del procedimiento.</p>			
		<p>v. Asegurar que el paciente asiste a su cita y/o procedimiento en las fechas y bajo las condiciones adecuadas de acuerdo a lo estipulado.</p> <p>Verificar que las Acciones planteadas para dar respuesta a las PQRD se hayan cumplido y hayan sido efectivas.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de los Hallazgos detectados en hospitalización.</p>			
RECURSOS					
HUMANOS		TECNOLOGICOS		INFRAESTRUCTURA	
En cuanto al recurso humano, se tendrá en cuenta el manual de funciones vigente en la institución		En cuanto a lo relacionado a los recursos físicos y tecnológicos, se dispondrá de cada uno de los recursos, necesarios para dar cumplimiento y normal funcionamiento a los requerimientos normativos para la prestación del		oficina	

así mismo, todos aquellos requerimientos y lineamientos que en materia de la gestión humana se tengan definidos, en pro del normal funcionamiento Del proceso.	servicio de salud y las demás actividades	
<b>CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO</b>		
¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?
-Derechos de los usuarios -Documentación para la atención del servicio -costos según régimen -verificación de citas -cancelación de citas	Con el procedimiento de facturación y admisiones	Técnico en facturación, auxiliar administrativo en salud.
<b>REQUISITOS</b>		
<b>NORMATIVIDAD</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circular Externa 030-2006; Superintendencia Nacional de Salud.</li> <li>• Resolución 1446-2006; Ministerio de Protección Social.</li> <li>• Circular Externa 056 -2009; Superintendencia Nacional de Salud.</li> <li>• Resolución 1552 -2013, Ministerio de Salud Y Protección Social.</li> <li>• NTCGP 1000:2009.</li> <li>• MECI- 2014.</li> <li>• MIPG</li> </ul>		
<b>INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad de la asignación de citas</li> <li>• Demanda insatisfecha.</li> <li>• Número de consultas realizadas por periodo.</li> <li>• Oportunidad consulta por primerazde psiquiatria</li> </ul>		
<b>CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)</b>		
Listado maestro		

**Objetivo**

Brindar acceso de manera oportuna, a un proceso de tratamiento a la población que requiera el servicio de rehabilitación en adicciones y/o atención en comorbilidad patológica mental, además de seguimiento y/o grupos terapéuticos ambulatorios, ofreciendo la información requerida.

**Alcance**

Este procedimiento inicia cuando el usuario solicita información y/o atención, continúa en el momento de la atención ofrecida por el auxiliar de atención en salud, y finaliza cuando es atendido por el profesional y le ordena el tratamiento y las citas complementarias y las de seguimiento ambulatorio.

**Responsables:** Subdirección Científica, líderes de procesos, profesionales especialistas.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<p>En este procedimiento son criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que no tenga autorización vigente por parte de la EPS a la que el paciente se encuentra afiliado.</li> <li>• Paciente con psicopatología mayor como diagnóstico principal, en ausencia de conductas adictivas comórbidas</li> <li>• Paciente con intoxicación aguda por sustancias psicoactivas que condicione riesgo de depresión respiratoria o de agitación psicomotora (riesgo de agresión para sí mismo o para terceros)</li> <li>• Paciente con patología dual descompensada, que requiera estabilización de la condición mental aguda y tenga criterios de hospitalización</li> <li>• Paciente con riesgo alto de conducta suicida.</li> <li>• Menores de edad sin red de apoyo.</li> <li>• Paciente con discapacidad cognitiva, interdicto, sin red de apoyo.</li> <li>• Paciente que no acepta el tratamiento ambulatorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oficina de recepción</li> <li>-Consultorios médicos</li> <li>-Infraestructura habilitada</li> <li>-Hardware y software</li> <li>-Sistema de comunicaciones que incluya telefonía, internet, correo electrónico.</li> <li>-Suministros de papelería y formatos.</li> <li>-Oficina para el programa de mantenimiento de metadona.</li> </ul>

REQUISITOS A TENER EN CUENTA		PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Constitución política de Colombia de 1991.</b>:Título II. De los derechos, las garantías y los deberes. capítulo II. De los derechos sociales, económicos y culturales. Art 49</li> <li>• <b>Ley 100/93:</b> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Libro II. El sistema general de seguridad social en salud, título I. Disposiciones generales, Capítulo III. El régimen de beneficios. Art. 166. Título II. La organización del sistema general de seguridad social en salud. Capítulo II. De las instituciones prestadoras de servicios de salud. Art.18</li> <li>• <b>Resolución 1995/99:</b> Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Capítulo I. Definiciones y disposiciones generales. Art 1, 2, 3,4. Capítulo II. Diligenciamiento. Art. 5, 9, 10,11.</li> <li>• <b>Resolución 1043/06:</b> Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Artículo 1, 2.</li> <li>• <b>Decreto 2309 del 2002:</b> Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Artículo 3. De la atención de salud. Artículo 4. De la calidad de la atención de salud</li> <li>• Política de Calidad</li> <li>• Política de Confidencialidad</li> <li>• Política de Seguridad del paciente</li> <li>• Deberes y derechos de los Usuarios</li> <li>• Programa de adherencia</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario atendido oportunamente</li> <li>• Modelo de atención implementado y en ejecución</li> <li>• Programa de mantenimiento de metadona en ejecución.</li> <li>• Usuario y familia bien informados y satisfecho.</li> </ul>	
	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de la autorización de la EPS para consulta ambulatoria especializada: revisar si la autorización para la atención está vigente,</li> </ul>	Auxiliar de atención en salud	Autorización para la atención vigente.

2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de la cita: verificar la disponibilidad de agenda para asignar fecha y hora según la necesidad de atención del usuario. Y portafolio disponible</li> </ul>	Auxiliar de atención en salud	Cita asignada y registrada en agenda
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturación de la atención: completar el trámite de facturación, entregar la factura al usuario y hacer el cobro respectivo que genere la atención e informar al paciente que ya puede ir a la sala de espera y atender el llamado para asistir a su cita. (ver procedimiento de facturación)</li> </ul>	Auxiliar administrativo	Factura de la atención y firma del usuario que la recibe
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención médica especializada: el paciente será evaluado por el especialista y según la anamnesis, evaluación física, mental y social definirá si el paciente cumple o no con los criterios de inclusión para manejo de ambulatorio o si por el contrario debe ser hospitalizado; luego definirá el plan de tratamiento, las citas complementarias para la atención integral, los grupos de apoyo requeridos y la frecuencia de evaluación y asistencia y si requiere atención por especialistas diferentes a los disponibles en el portafolio de la ESE HOSPITAL CARISMA.</li> </ul>	Médico especialista	Historia clínica.
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturación de atención en grupos terapéuticos: Facturar la atención de grupo de apoyo. Indicar al paciente esperar el llamado para ingresar al</li> </ul>	Auxiliar administrativo	Factura de atención en grupo de apoyo



	grupo, toxicología o psiquiatría.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención en grupo de apoyo: la atención de grupo se desarrolla en presencia del profesional encargado del mismo, sea trabajo social, psicología, especialista en faramacodependencia o psiquiatría</li> </ul>	Profesional encargado	Registro de asistencia y facturación
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de medicación a los pacientes del programa de mantenimiento de metadona: Verificar la fórmula de control de metadona y según la misma entregar la medicación, siempre verificando la fase en la que se encuentra el paciente, dar la información pertinente y citar para el día en que debe regresar por la siguiente dosis según la fase.</li> </ul>	Auxiliar de enfermería	Registro de entrega y firma del paciente.
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de órdenes para citas complementarias o de ayudas diagnósticas: entregar las órdenes solicitadas por el médico en consulta, lo cual incluye las órdenes para atención en grupos terapéuticos; dar la información requerida para hacer efectivas dichas órdenes.</li> </ul>	Auxiliar de atención en salud	órdenes para citas complementarias o de ayudas diagnósticas impresas
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de respaldo de atención: solicitar las firmas respectivas al usuario, las cuales respaldan la atención ofrecida</li> </ul>	Auxiliar administrativo	Firmas del usuario

### 3. DEFINICIONES

**Accesibilidad:** Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de servicio. Incluye aspectos como el horario de visitas, ubicación de pacientes y servicio al cliente interno y externo.

**Anamnesis:** Es el interrogatorio que se le realiza al paciente para obtener información sobre: motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes personales

**Asignación de cita:** es la actividad mediante la cual se adjudica la fecha y hora de la atención solicitada según las necesidades del usuario y portafolio de servicios ofrecidos

**Atención ambulatoria:** Atención que se ofrece sin tener que quedarse durante la noche en un hospital o centro médico.

**Atención en grupos terapéuticos ambulatorios:** es el cuidado que se brinda fuera de hospitalización en un grupo construido en espacio y tiempo donde los pacientes y terapeutas trabajan juntos y en equipo en el proceso de rehabilitación y crecimiento personal de cada paciente.

**Autorización:** Acto administrativo por el cual la autoridad competente emite un documento, permitiendo al solicitante ejecutar una práctica o cualquier acción específica.

**Atención al usuario:** es la oficina que orienta al usuario en todas sus necesidades antes, durante y después de la atención según el modelo establecido, además es la puerta de entrada del usuario y su familia al servicio en la ESE.

**Ayudas diagnósticas:** son aquellos estudios complementarios que se realizan a la evaluación clínica de un paciente que permite al médico tratante confirmar un diagnóstico y/o realizar acciones terapéuticas.

**Calidad:** propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.

**Citas complementarias:** son las citas con otros especialistas del modelo de atención que el médico tratante considere necesarias para llevar a cabo una atención integral por el equipo terapéutico en el proceso de rehabilitación del paciente

**Consentimiento Informado:** Según el artículo 15 de la Ley 23/1981 se define como: El médico pedirá al paciente su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensable y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente

**Consulta médica:** Es la atención brindada por un profesional médico, sea general o especialista, a un paciente dentro las instalaciones del servicio ambulatorio para resolver una situación de salud.

**Grupo de apoyo.** Es la construcción colectiva de un espacio y un tiempo donde pacientes y terapeutas trabajan juntos y en equipo para descubrir, experimentar y comprender el proceso de crecimiento personal de cada uno/a de los/as miembros/as en su rehabilitación en adicciones.

**Grupo terapéutico:** es el grupo de profesionales interdisciplinarios que se encarga de establecer el tratamiento al usuario adicto, de acuerdo a sus necesidades individuales en función de su rehabilitación física, mental, psicológica, familiar y social.

**Patología dual:** es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental.

**Rehabilitación:** es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno

**Seguimiento:** Atención y cuidado que se brinda al paciente a corto, mediano y largo plazo durante el proceso de rehabilitación en adicciones e incluye la atención en grupos terapéuticos ambulatorios. **Usuario:** es la persona que utiliza habitualmente un servicio.

Anexo Resolución 212 del 25 de noviembre de 2019 complementaria al procedimiento.

#### 4. ABREVIATURAS

EPS: Entidad Prestadora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado.

#### 5. RIESGOS

Riesgo	Causas	Consecuencias	Controles
Recurso humano insuficiente	-Planeación inadecuada del recurso- -Falta de oportunidad en la contratación - Insuficiencia en la oferta de profesionales con el perfil requerido.	-Falta de oportunidad de respuesta. -Colapso del servicio. -Omisiones -Re procesos.	-Planeación de los recursos, contratación oportuna. Plan de contingencia en asocio con el Sindicato proveedor con el que se tiene convenio -Control de la oportunidad de respuesta.
Error en el Diagnóstico y/o en la toma de conducta inadecuada, orden de hospitalización no pertinente	Perfil inadecuado del profesional que realiza la consulta	-Pérdida de la imagen -Acción inadecuada, omisión de procedimientos o acciones requeridas en el tratamiento del	Control desde el proceso de Selección de profesionales con perfiles adecuados -Capacitación continua según el perfil

		<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hospitalización no pertinente</li> <li>-Retraso de atención oportuna al paciente en otra institución.</li> <li>-Detrimiento patrimonial de la institución</li> </ul>	<p>requerido en la institución.</p>
<p>Incumplimiento de Normatividad Vigente, (requisitos de habilitación)</p>	<p>Desconocimiento de la norma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falla en la planeación estratégica.</li> <li>-Fallas en el presupuesto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falencias en la Infraestructura.</li> <li>No conformidades de acuerdo a los requisitos de habilitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de la normatividad vigente.</li> <li>-Inspecciones enfocadas en el cumplimiento de la normatividad</li> </ul>
<p>Eventos de Seguridad O Eventos adversos trauma leve en caída-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incumplimiento en las barreras de seguridad</li> <li>-Incumplimiento de las acciones preventivas</li> <li>-Incumplimiento en las normas sobre la infraestructura de seguridad</li> <li>-Falta de inspección de las condiciones seguras a nivel locativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Demandas</li> <li>-Pérdida de la imagen</li> </ul>	<p>Identificación de los eventos adversos prevenible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspecciones enfocadas en el cumplimiento de la normatividad.</li> </ul>

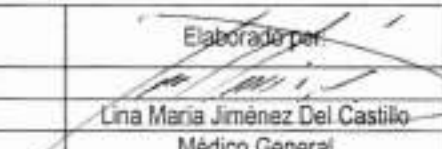
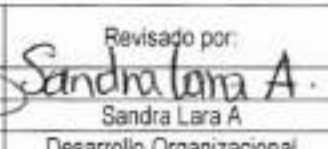
**Mecanismos de Evaluación:**

La Subdirección Científica es responsable de evaluar, analizar y presentar los indicadores de forma trimestral durante reunión programada.

**Indicadores:**

- Oportunidad de consulta primera vez para Psiquiatría
- Oportunidad de consulta primera vez para Especialista en Farmacodependencia
- Oportunidad de consulta primera vez para Toxicología
- Oportunidad de consulta primera vez para Psicología.

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Lina Maria Jiménez Del Castillo	Sandra Lara A.	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Médico General	Desarrollo Organizacional	Gerente

**RESOLUCIÓN N° 212**  
**(25 de Noviembre de 2019 )**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL TRÁMITE INTERNO DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES- PQRSDF- EN LA ESE HOSPITAL CARISMA.**

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las consagradas en los artículos 23 y 209 de la Constitución, Ley 1755 de 2015 y Decreto 1166 de 2016.

**CONSIDERANDO:**

1. Que la Constitución Política establece en el artículo 23, el derecho fundamental de petición, se constituye en un mecanismo eficaz que permite a cualquier persona a formular solicitudes respetuosas ante las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta respuesta dentro de los términos establecidos en la Ley 1755 de 2015.
2. Que el artículo 74 de la Constitución, consagra que todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que la Ley los considere como reservados.
3. Que la Ley 1755 de 2015, regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Esta Ley regula las modalidades del derecho de petición, los términos para resolver y las razones para dar atención prioritaria a las solicitudes.
4. Que de conformidad con el artículo 22 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, " las autoridades deben reglamentar el trámite interno de las peticiones que les corresponda resolver y la manera de atender las quejas para garantizar el buen funcionamiento de los servicios a su cargo".
5. Que el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, determina que en toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.
6. En el numeral 19 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002, señala que es un deber de todo servidor público dictar los reglamentos o manuales de funciones de la entidad, así como los internos sobre el trámite del derecho de petición.
7. Los artículos 12 y 13 del Decreto 019 de 2012, establecen la atención especial que debe brindarse a determinadas personas por su condición particular.

8. El Título IV sobre "De las garantías al ejercicio del derecho de acceso a la información" de la Ley 1712 de 2014, garantiza el acceso a la información de cualquier sujeto obligado, en la forma y condiciones que establece la Ley y la Constitución.
9. El Decreto 2573 de 2014, compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnología de la Información y las Comunicaciones N° 1078 de 2015, determina los lineamientos, instrumentos y plazos para implementar la Estrategia de Gobierno en Línea y así contribuir al incremento de la transparencia en la gestión pública y promover la participación ciudadana haciendo uso de los medios electrónicos, en concordancia con lo dispuesto por el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y el artículo 1 del Decreto Ley 019 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
10. El Decreto 1166 de 2016, adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente, ya sea de manera presencial, telefónica, por medios electrónicos, tecnológicos o por cualquier otro medio idóneo que permita el empleo de la voz del interesado para realizar la petición. Por lo que se hace necesario que la entidad posea una oficina, área de dependencia destinada a la recepción de las peticiones verbales, tanto para aquellas que se presentan de manera presencial como las que no.
11. Se considera necesario reglamentar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones en la ESE HOSPITAL CARISMA, incluyendo las disposiciones relacionadas con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.

En mérito de lo expuesto.

**RESUELVE:**

**CAPITULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 1:** El objeto de la presente resolución es reglamentar y adoptar el trámite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones - PQRSDf- en la ESE Hospital Carisma, de conformidad con sus competencias legales.

**ARTÍCULO 2: OBJETIVOS:**

- ❖ Establecer los criterios para la recepción y trámite de los derechos de petición presentados por los ciudadanos, bajo criterios de calidad y oportunidad.
- ❖ Verificar y promover el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente y de la familia de este, para lograr una prestación del servicio en total armonía.

- ❖ Conocer las causas y resolver los problemas que han generado insatisfacción.
- ❖ Identificar las necesidades, expectativas de los usuarios en relación con los servicios ofrecidos por la ESE, e identificar sus prioridades y evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares y acudientes con los servicios recibidos.

**ARTÍCULO 3. Núcleo Esencial del Derecho de Petición.** El núcleo esencial del derecho de petición es dar respuesta oportuna y de fondo, independientemente de la forma en que se presente la petición, sea mediante documento escrito o de manera verbal, no es requisito indispensable que se invoque expresamente el derecho de petición, ni que se mencione el artículo 23 de la Carta Política, ni tampoco que se enumeren las normas del Código Contencioso Administrativo o de la Ley 1755 de 2015, que desarrollan las reglas aplicables. Es suficiente que del escrito correspondiente o del acta de la exposición verbal, en su caso, pueda extraerse que el deseo de la persona es el de formular una petición, en interés general o particular, para que el asunto se le deba dar el trámite propio a la satisfacción del indicado derecho fundamental.

#### **ARTÍCULO 4. QUE ES UNA PQRSDF:**

- ❖ **PETICIÓN:** Facultad que tiene toda persona para presentar solicitudes respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener su respuesta.
- ❖ **QUEJA:** Es la manifestación de protesta, censura, descontento o inconformidad que formula una persona en relación con una conducta que considera irregular.
- ❖ **RECLAMO:** Es el derecho que tiene toda persona de exigir, reivindicar o demandar una solución, ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud.
- ❖ **SUGERENCIA:** Es la manifestación de una idea o propuesta para mejorar el servicio o la gestión de la entidad.
- ❖ **DENUNCIA:** Es la puesta en conocimiento, ante una autoridad competente, de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa - sancionatoria o ético-profesional. Es necesario indicar circunstancias de tiempo, modo y lugar, con el objetivo de que se establezcan responsabilidades por parte de la oficina competente.
- ❖ **FELICITACIÓN:** Manifestaciones de agradecimiento o satisfacción por los productos y/o servicios recibidos de la ESE Hospital Carisma.



**ARTÍCULO 5: MODALIDADES DEL DERECHO DE PETICIÓN:** Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas verbales o escritas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener resolución completa y de fondo sobre las mismas. Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, sin que sea necesario invocarlo.

El Derecho de Petición ante la ESE Hospital Carisma, puede ser ejercido para los fines señalados en la Ley, a través de modalidades tales como:

- ❖ **Petición de Información:** Son aquellas que buscan que la ESE Hospital Carisma les suministren información sobre documentos, trámites, servicios o asuntos que sean de conocimiento de la entidad.
- ❖ **Petición de documentos:** Son aquellas que tienen como fin solicitar a la entidad copia de uno o varios documentos que se encuentren en su poder o custodia. El término de su respuesta será de máximo 10 días hábiles siguientes a su recepción. Si al cumplimiento del término establecido no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá para todos los efectos legales, que la solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente ya no podrá negar la entrega de los documentos solicitados.
- ❖ **Consulta:** Cuando se presenta una solicitud para que se exprese la opinión o criterio de la entidad, en relación con las materias a su cargo.

#### ARTÍCULO 6: DEFINICIONES:

**ANÓNIMO:** Manifestación escrita, verbal o telefónica sin autor determinado o determinable, a través de la cual se da a conocer una inconformidad o una irregularidad. Los anónimos que carezcan de los requisitos a los cuales hace referencia el artículo 81 de la Ley 962 de 2005, deben ser tramitados y resueltos bajo los parámetros de los artículos 17, 68 y 69 de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo C.P.A.C.A.

**ATENCIÓN:** Proceso permanente dirigido a facilitar la respuesta a los diferentes requerimientos que presentan las personas objeto de atención por parte de la ESE y la ciudadanía en general, través de los diferentes canales que tiene dispuestos la entidad y contar con atributos como: respetuosa, amable, creíble, confiable, empática, incluyente, oportuna y efectiva.

**CANAL ESCRITO:** Es un medio que permite la interacción, entre el ciudadano y la entidad, a través del uso de correspondencia o comunicación escrita sobre un soporte físico (papel) para realizar trámites y servicios, solicitar información, orientación o asistencia relacionada con el quehacer de la ESE.

**CANAL PRESENCIAL:** Es un espacio físico en el que los ciudadanos interactúan de forma directa y personalizada con la ESE para realizar trámites y servicios, solicitar información, orientación o asistencia relacionada con el quehacer de la entidad.

**CANAL TELEFÓNICO:** Es un medio de telecomunicaciones que permite la interacción en tiempo real entre el servidor público de la ESE Hospital Carisma y el ciudadano a través de llamada telefónica.

**CANAL VIRTUAL:** Es un medio que permite la interacción, entre el ciudadano y el servidor público de la ESE Hospital Carisma, a través del uso de un software y un hardware adecuado para tal fin. Este canal está representado por el sitio web, los chats, redes sociales y correo electrónico de la entidad.

**CIUDADANO:** Para efectos del presente documento, es la persona, que en nombre propio o de una organización pública o privada interactúa con la entidad con el fin de ejercer sus derechos – civiles y políticos – y cumplir con las obligaciones a través de; (i) la solicitud de acción, trámite, información, orientación o asistencia relacionada con la responsabilidad de la entidad y del Estado; y (ii) el establecimiento de las condiciones de satisfacción en la provisión de dichos servicios. En esta población se incluyen las personas objeto de atención por parte de la ESE.

**CLARIDAD EN LA RESPUESTA:** La respuesta debe emitirse en un lenguaje sencillo, sin confusiones ni ambigüedades y que tenga concordancia con lo solicitado en la petición.

**CONSULTA:** Petición que se dirige para obtener un parecer, concepto, dictamen relacionado con la misión de la ESE o con asuntos de carácter jurídico.

Una consulta sucede cuando ante las autoridades se presenta una solicitud, bien sea verbal o escrita, para que exprese su opinión o su criterio sobre determinada materia relacionada con sus funciones o con situaciones de su competencia.

**DERECHO DE HABEAS DATA:** Solicitud que hace el titular de la información o sus beneficiarios, a efectos de que se corrija, actualice o suprima la información del titular contenida en una base de datos de la ESE Hospital Carisma.

**DERECHO DE PETICIÓN:** Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se puede solicitar: El reconocimiento de un derecho; la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar, y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.

"(...) El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado o de una persona mayor cuando se trate de menores en relación a las entidades dedicadas a su protección o formación" (Artículo 13 Ley 1755 de 2015).

**HISTORIA CLÍNICA.** La historia clínica es un documento, por ley sometido a reserva, cuyo acceso está limitado al paciente y a los terceros definidos en la norma, por lo tanto, solo tienen derecho a ella el dueño de la historia clínica o paciente, y en el caso de menores, sus padres hasta su mayoría

de edad. También podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley, las siguientes personas o entidades:

- ❖ El Equipo de Salud.
- ❖ Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- ❖ Las demás personas determinadas en la ley.
- ❖ El usuario podrá autorizar la expedición de copias a terceros, previa autenticación de su firma ante notario.
- ❖ Si el paciente hubiese fallecido; quien solicite copia de la historia clínica, debe demostrar relación parental, de consanguinidad o civil con el difunto.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

En caso de negar una petición por tener carácter de reserva lo solicitado, tal decisión deberá motivarse y notificarse al solicitante.

Contra esta decisión no procede recurso alguno.  
Lo anterior de conformidad con la Resolución 1995 de 1.999.

Si la persona interesada insistiere en su petición de información o de documentos invocados como reserva, corresponderá al Juzgado Administrativo, quien decidirá en única instancia si se niega o se acepta, total o parcialmente la petición formulada, de acuerdo con el artículo 26 de la ley 1755 de 2015.

Para ello, se enviará la documentación correspondiente al Juez Administrativo, el cual decidirá dentro de los términos establecidos en la Ley.

**Procedimiento Para la Expedición de la Historia Clínica.** Las copias de las historias clínicas serán solicitadas por las personas autorizadas por ley, directamente en el centro documental, previo diligenciamiento y firma del formato que para tales efectos le entreguen.

El funcionario responsable de la expedición de las historias clínicas deberá reportar mensualmente a la oficina del SIAU, la relación de las copias expedidas, al igual que la recepción de los derechos de petición radicados en su dependencia, en un formato diseñado

**MENSAJE DE DATOS:** Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, según la Ley 527 de 1999 o las demás que la modifiquen o deroguen.

**OPORTUNIDAD:** Corresponde al tiempo de respuesta en los términos de ley que tiene la entidad para resolver las PQRSD. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos señalados, la entidad debe informar de inmediato, y en todo caso antes del vencimiento del

término señalado en la ley, al interesado expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, el cual no puede exceder del doble del inicialmente previsto.

**RESOLVER DE FONDO:** la respuesta debe darse sobre el asunto propio que motivo la petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia, de manera completa, detallada y congruente, con respecto a todos y cada uno de los asuntos solicitados por el peticionario, es decir sin evasivas o que no guarden relación con el tema planteado. Esto independiente de que el sentido de la respuesta sea favorable o no a lo solicitado.

**SERVICIO:** actividad administrativa, beneficios, programas y proyectos sociales y económicos que se enmarcan en la normalidad vigente relacionada con la Política Nacional de Reintegración y con el Programa de Reincorporación, los cuales coordina, gestiona y/o entrega la entidad para la población desmovilizada y su grupo familiar.

**SEVERIDAD:** exactitud y rigor en el cumplimiento de una ley, una norma o una regla.

**TRAZABILIDAD:** es la capacidad para seguir el histórico, la aplicación o localización de un objeto, producto o servicio, en este caso de una PQRSDF dentro de la entidad.

**ARTICULO 7: ASPECTOS BÁSICOS PARA RESPONDER UN DERECHO DE PETICIÓN.** La respuesta a los derechos de petición se debe regir por los siguientes aspectos básicos, a saber:

- ❖ **Claridad.** Hacer distinción en cada una de las ideas que se comunican.
- ❖ **Concisión.** Brevidad en el modo de expresar los conceptos.
- ❖ **Precisión.** Debe ser cordial pero directa y certera en la exposición de los contenidos; su redacción debe limitarse a la información indispensable y evitar la imprecisión, el exceso de protocolos y el abuso de formalismos administrativos. Además, si se relacionan fundamentos jurídicos, estos deben ser pertinentes y suficientes para que de manera clara y certera queden proyectadas las respuestas a las peticiones.
- ❖ **Oportunidad de la Respuesta.** En caso de no poderse responder dentro del plazo legalmente establecido, deberá informarse al peticionario las razones y el término en el cual se le dará respuesta de fondo, sin que éste sea doble al inicialmente previsto.
- ❖ **Congruente.** Debe resolverse de fondo, en forma clara, precisa y de manera congruente con lo solicitado.
- ❖ **Oportuna.** La respuesta se debe ponerse en conocimiento del peticionario, antes del vencimiento de los términos de ley.

**ARTICULO 8: CANALES DE RECEPCIÓN:** La ESE HOSPITAL CARISMA cuenta con diferentes canales de recepción, a través de los cuales las entidades, los servidores públicos y los ciudadanos pueden presentar petición quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias, denuncias y felicitaciones, sobre temas de competencias de la Entidad, así:

- ❖ **CANAL ESCRITO:** Conformado por los mecanismos de recepción de documentos escritos a través de correo, radicación personal, correo electrónico, formulario electrónico, buzón de sugerencias.
- ❖ **CANAL ELECTRÓNICO:** Medios electrónicos dispuestos por la ESE Hospital Carisma, a través del cual se pueden formular las PQRSDF.
  - Formulario electrónico dispuesto en la página web de la entidad.
  - Email designado para la atención de derechos de petición de información.
- ❖ **CANAL PRESENCIAL:** La persona que requiere presentar verbalmente una solicitud ante la entidad, puede dirigirse a la oficina de servicio de información al usuario (SIAU). Como prueba de la atención se suministrará al ciudadano una copia del derecho de petición, queja, reclamo o denuncia debidamente radicado. (Formato establecido para ello).
- ❖ **CANAL TELEFÓNICO:** Medio de comunicación verbal a través del cual pueden formular sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes y denuncias, las cuales serán recepcionadas por el personal de Atención al Ciudadano, quien deberá adelantar el trámite de radicación, en el evento de ser necesario.
- ❖ **BUZÓN DE SUGERENCIA.** Los usuarios encontrarán un buzón de sugerencias, en consulta externa y en hospitalización y en la sede alterna con los correspondientes formatos que podrán diligenciar e introducir en éstos.
- ❖ **APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.** Los días lunes, miércoles y viernes, se abrirán los buzones por el funcionario encargado de la oficina de atención al usuario, en presencia de un representante de la Asociación de Usuarios, se extraen los formatos que en él se encuentren, se firmará el formato que está establecido para ello por los que intervienen.

En la Sede alterna, el buzón se abrirá por el funcionario encargado de la oficina de atención al usuario en presencia de un usuario que se encuentre en la sede, los días jueves en la mañana, igualmente se diligenciará el formato.

**ARTICULO 9. PETICIONES VERBALES.** Las peticiones podrán presentarse verbalmente, a través de cualquier medio idóneo para la comunicación y deberá quedar constancia de la misma. Las peticiones verbales se podrán presentar de forma presencial o por vía telefónica. Para la recepción de las peticiones verbales utilizando el canal telefónico, la ESE dispondrá un mecanismo de atención, aún por fuera de las horas de atención al público. Las peticiones telefónicas presentadas por fuera de la jornada laboral serán radicadas por el empleado, el día hábil siguiente y se les dará el

trámite correspondiente acorde con el tipo de requerimiento siempre y cuando suministren la información básica requerida.

**ARTÍCULO 10: PETICIONES ANÓNIMAS.** Corresponde a las solicitudes en las que los ciudadanos registran una queja, reclamo, solicitud de información o sugerencia pero no registran sus datos personales.

Cuando la petición haya sido presentada a través de anónimo sin registrar dirección de notificación, se elaborará la respectiva respuesta por parte del delegado competente para ello y, una vez suscrita, se publicará por diez (10) días hábiles en las carteleras de la entidad y en la página web, dejando constancia en la respuesta de tal circunstancia.

**PARÁGRAFO.** Cuando la Entidad observe que se cumplen los presupuestos del desistimiento tácito, lo decretará mediante acto administrativo motivado, que se notificará personalmente, contra el cual únicamente procede recurso de reposición elaborado por la oficina de asesoría jurídica. Sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda presentarse nuevamente con el lleno de los requisitos legales.

El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación a las entidades dedicadas a su protección o formación.

**ARTÍCULO 11. PETICIONES ANALOGAS:** Cuando más de diez (10) personas formulen peticiones análogas de información, de interés general o de consulta, la ESE, emitirá una única respuesta que será publicada en su página web y en las carteleras de la Entidad.

**ARTÍCULO 12: INFORMACION DE INTERES GENERAL.** Los asuntos de interés general de la ESE Hospital Carisma estarán disponibles en el portal web de la entidad. No obstante cualquier persona tiene derecho a obtener copia de los documentos relacionados con dichos asuntos, de conformidad con lo establecido en la presente resolución.

**ARTÍCULO 13: INFORMACION DE INTERES PARTICULAR.** Las peticiones dirigidas a consultar y obtener acceso a información diferente a la señalada en el artículo anterior, sobre asuntos de la entidad, así como aquellas tendientes a obtener copia de los documentos que reposen en sus archivos, serán atendidas por la dependencia o servidores competentes, conforme al procedimiento y plazos establecidos en esta resolución. La petición se negará si la solicitud se refiere a algunos de los documentos que la Constitución o la Ley prescriben como de carácter reservado o clasificado.

**ARTÍCULO 14: CONTENIDOS DE LAS PETICIONES:** Toda petición deberá contener por lo menos:

- ❖ La designación de la autoridad a la que se dirige.
- ❖ Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante y/ o apoderado, si es el caso, con indicación de su documento de identidad y de la dirección donde recibirá correspondencia. El peticionario podrá agregar el número de fax o la dirección electrónica. Si el

petionario es una persona privada que deba estar inscrita en el registro mercantil, estará obligado a indicar su dirección electrónica.

- ❖ El objeto de la petición.
- ❖ Las razones en las que fundamenta su petición.
- ❖ La relación de los documentos que desee presentar para iniciar el trámite.
- ❖ La firma del peticionario cuando fuere el caso.

**PARAGRAFO 1:** El empleado competente de la ESE tiene la obligación de examinar integralmente la petición, y en ningún caso la estimará incompleta por falta de requisitos o documentos que no se encuentren dentro del marco jurídico vigente, que no sean necesarios para resolverla o que se encuentren dentro de sus archivos.

**PARAGRAFO 2:** En ningún caso podrá ser rechazada la petición por motivos de fundamentación adecuada o incompleta.

**PARAGRAFO 3:** Cuando la petición no se acompañe de los documentos necesarios para resolverla, al momento de la recepción y radicación, el funcionario competente deberá indicar al peticionario los documentos que faltan. Si éste insiste en que se radiquen así, se hará dejando constancia de los requisitos o documentos faltantes.

**PARAGRAFO 4:** Cuando se actúe a través de un mandatario, éste deberá acompañar el respectivo poder en los términos señalados en el artículo 74 de la Ley 1564 de 2012 y demás normas concordantes o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

**ARTÍCULO 15: ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA:** Las peticiones de información pública se registrarán por lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 o la que la modifique, adicione o sustituya, así como por sus decretos reglamentarios.

**ARTÍCULO 16: TERMINOS PARA RESOLVER LAS PETICIONES:** Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, la ESE tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles siguientes a la recepción del requerimiento para atender o resolver las peticiones que le sean asignadas a las dependencias de acuerdo con sus competencias, tiempo dentro del cual el peticionario deberá dar respuesta.

Sin perjuicio de lo anterior, estará sometido a término especial en la presente resolución, las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de información y copias de documentos, deberán resolverse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la ESE ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a la ESE en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su recepción.
3. Las peticiones de documentos y de información provenientes de otras entidades o autoridades públicas deberán resolverse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción.
4. Para la revisión de documentos, el Subdirector competente o jefe de la dependencia que autorice la consulta documental, le informará por escrito al peticionario dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud, señalando el día y la hora para que pueda disponer de la consulta de información.

Cuando el Subdirector competente o jefe de la dependencia niegue la consulta de los documentos o de las copia de los mismos, la ESE deberá emitir resolución motivada, señalando el carácter de reservado de la información y citando las disposiciones legales pertinentes. Sobre el particular deberá notificar al interesado. El peticionario podrá adelantar las acciones que le señale la Ley 1437 de 2011.

5. Para las peticiones de expedición de copias de los documentos que reposan en las dependencias de la ESE y las certificaciones sobre los mismos, se atenderán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes contados a partir de la radicación de la solicitud, a menos que por el número de las fotocopias o la dificultad de la certificación solicitada, se requiera un plazo mayor en cuyo caso, el empleado encargado informará dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, el término en el cual va a ser atendida la petición y el monto que se deberá cancelar para la expedición en cada caso.
6. Aquellas solicitudes de información que se reciban de los Honorables Congresistas, deberán tramitarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al radicado de las mismas (Ley 5 de 1992).

**PARAGRAFO 1:** Cuando el Subdirector o jefe de la dependencia competente deban responder un derecho de petición podrán solicitar el acompañamiento del asesor jurídico de la ESE.

**PARÁGRAFO 2:** Excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

Recordemos que las autoridades o particulares que tienen la obligación legal de atender derechos de petición, tienen los plazos para hacerlo según lo dispone la Ley 1755 de 2015.



**PARAGRAFO 3:** La falta de atención a las peticiones y a los términos para resolverlas, al igual que desatender las prohibiciones estipuladas y el desconocimiento de los derechos de las personas de que trata la Ley 1755 de 2015, constituirán falta para el servidor público y darán lugar a las sanciones correspondientes en el Código Único Disciplinario.

En lo que corresponde a las quejas y denuncias formuladas, el responsable de la oficina de Atención al Usuario de la ESE, contará con un plazo de quince (15) días hábiles siguientes a la recepción del requerimiento en la ESE para remitir el acuse de recibo y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la entidad por parte de Control Interno Disciplinario.

**ARTÍCULO 17: FALTA DE COMPETENCIA.** Si la dependencia a la cual se le asigna el trámite de la PQRSDF, no es competente para resolver o atender la misma, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al de la recepción en la ESE Hospital Carisma, deberá dar traslado de la petición a la entidad competente, expresando las razones por las cuales no es de su competencia la respuesta y enviar copia del oficio al peticionario.

Si encuentra que la competencia para resolver la PQRSDF, recae en otra dependencia de la ESE Hospital Carisma, debe dar traslado motivado al competente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la asignación del trámite, lo cual deberá ser radicado en la oficina del centro documental. En todo caso, deberá tenerse en cuenta que el plazo con que cuenta la ESE para responder se contabiliza a partir del día siguiente a la radicación en la entidad.

**ARTÍCULO 18. PETICIONES IRRESPECTUOSAS, OSCURAS O REITERATIVAS.** Toda petición debe ser respetuosa so pena de rechazo por parte de la dependencia o servidor competente. Lo que debe producirse por acto administrativo debidamente motivado y contra lo cual procede recurso de reposición.

Solo cuando no se comprenda la finalidad u objeto de la petición esta se devolverá al interesado para que se corrija o aclare dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción. En caso de no corregirse o aclararse, se archivará la petición. En ningún caso se devolverán peticiones que se consideren inadecuadas o incompletas. Se dará aplicación a lo contenido en el artículo 16 de la presente resolución.

Respecto de peticiones reiterativas ya resueltas, la ESE podrá remitirse a las respuestas anteriores, salvo que se trate de derechos imprescriptibles, o de peticiones que se hubieren negado por no acreditar requisitos, siempre que en la nueva petición se subsane.

**ARTÍCULO 19. ATENCION PRIORITARIA DE PETICIONES:** La ESE Hospital Carisma, dará atención prioritaria a las peticiones de reconocimiento de un derecho fundamental cuando deban ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable al peticionario, quien deberá probar sumariamente la titularidad del derecho y el riesgo de perjuicio invocado.

Cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la medida solicitada, la ESE deberá adoptar de inmediato las medidas de urgencia necesarias para conjurar dicho peligro, sin perjuicio del trámite que deba darse a la petición.

**ARTICULO 20. PETICIONES INCOMPLETAS Y DESISTIMIENTO TACITO.** En virtud del principio de eficacia, cuando el personal de una dependencia constate que una petición ya radicada está incompleta pero la actuación puede continuar sin oponerse a la ley, requerirá al peticionario dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos o informes requeridos, comenzará a contar el término para resolver la petición.

Cuando en el curso de una actuación administrativa el personal responsable de las peticiones advierta que el peticionario debe realizar una gestión de trámite a su cargo, necesaria para adoptar una decisión de fondo, lo requerirá por una sola vez para que la efectúe en el término de un (1) mes, lapso durante el cual se suspenderá el término para decidir.

Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud o de la actuación cuando satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual.

Vencidos los términos establecidos en este artículo, la ESE decretará el desistimiento y el archivo de la solicitud, mediante acto administrativo motivado, que se notificará personalmente, contra el cual solo procede el recurso de reposición, sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda ser nuevamente presentada con el lleno de los requisitos legales.

**ARTICULO 21: DESISTIMIENTO EXPRESO DE LA PETICIÓN.** Los usuarios podrán desistir en cualquier tiempo de sus peticiones, sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda ser nuevamente presentada con el lleno de los requisitos legales, pero la ESE podrá continuar de oficio la actuación si la considera necesaria por razones de interés público; en tal caso el asesor jurídico expedirá el acto administrativo motivado.

**ARTICULO 22. INFORMACIONES Y DOCUMENTOS RESERVADOS.** Sólo tendrán carácter reservado las informaciones y documentos expresamente sometidos a reserva por la Constitución o la Ley.

**ARTICULO 23. RECHAZO DE PETICIONES DE INFORMACIÓN POR MOTIVO DE RESERVA LEGAL.** Toda decisión que rechace la petición de informaciones o documentos será motivada, se indicará en forma precisa las disposiciones legales pertinentes y deberá notificar al peticionario. Contra la decisión que rechace la petición de informaciones o documentos por motivos de reserva legal, no procede recurso alguno, salvo lo previsto en el artículo siguiente.

**PARAGRAFO:** El Subdirector o jefe de dependencia que por competencia esté conociendo del derecho de petición y deba rechazarlo, deberá enviar dentro de los tres (3) días siguientes a su

recibo, la documentación a la asesoría jurídica con el fin de que se emita el acto administrativo respectivo.

**ARTICULO 24. INSISTENCIA DEL SOLICITANTE EN CASO DE RESERVA.** Si la persona interesada insiste en su petición de información o de documentos ante la ESE Hospital Carisma, corresponderá al Tribunal Administrativo con jurisdicción en Medellín, decidir en única instancia si se niega o se acepta, total o parcialmente, la petición formulada.

Para ello, el empleado competente enviará la documentación correspondiente al Tribunal o al juez administrativo, el cual decidirá dentro de los términos de su competencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 26 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por la Ley 1755 de 2015, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

El recurso de insistencia, deberá interponerse por escrito y sustentado en la diligencia de notificación, o dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a ella.

**ARTICULO 25: INAPLICABILIDAD DE LAS EXCEPCIONES.** El carácter reservado de una información o de determinados documentos no será oponible a las autoridades judiciales ni a las autoridades administrativas que, siendo constitucional o legalmente competentes para ello, los soliciten para el debido ejercicio de sus funciones. Corresponde a dichas autoridades asegurar la reserva de las informaciones y documentos que lleguen a conocer en desarrollo de lo previsto en este artículo.

**ARTICULO 26: SILENCIO NEGATIVO.** Transcurrido tres (3) meses contados a partir del día siguiente de la recepción de una petición sin que se haya notificado la decisión que la resuelve, se entenderá que esta es negativa.

En los casos en que la ley señale un plazo superior a los tres (3) meses para resolver la petición sin que ésta se hubiere decidido, el silencio administrativo se producirá al cabo de un (1) mes contado a partir de la fecha en que debió adoptarse la decisión.

La ocurrencia del silencio administrativo negativo no eximirá de responsabilidad a los servidores de la ESE Hospital Carisma encargados de emitir la respuesta. Tampoco los excusará del deber de decidir sobre la petición inicial, salvo que el interesado haya hecho uso de los recursos contra el acto presunto, o que habiendo acudido ante la jurisdicción de lo Contencioso Administrativo se haya notificado del auto admisorio de la demanda.

## CAPITULO II TRAMITE INTERNO DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES.

**ARTICULO 27: TRAMITE DE LAS PETICIONES.** Aquellas peticiones sobre las que exista un pronunciamiento escrito o criterio previamente definido por las dependencias de la ESE, deberán ser resueltas por el Subdirector o jefe de la dependencia competente, dentro de los términos legales establecidos para el efecto y de acuerdo con el contenido de la solicitud.

**PARAGRAFO 1:** El funcionario de Atención al Usuario deberá dar respuesta a los reclamos y sugerencias formuladas por el peticionario. En caso de requerir información para emitir la contestación, deberá solicitar la misma a la dependencia correspondiente.

**PARAGRAFO 2:** Para las quejas y denuncias formuladas por los peticionarios, el funcionario de la oficina de Atención al Usuario, deberá remitir el acuse de recibo y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la entidad por parte del profesional Universitario - Control Interno Disciplinario.

**PARAGRAFO 3:** En aquellas peticiones que requieren un análisis y estudio técnico ó jurídico para su respuesta por parte de las dependencias de la entidad y sobre las cuales no exista criterio definido, el funcionario responsable del Centro Documental asignará el trámite respectivo al funcionario(s) competentes, conforme al contenido de la solicitud.

**ARTICULO 28: PETICIONES ESCRITAS:** Las peticiones escritas deberán ser recibidas, radicadas automáticamente y asignadas para trámite por el personal responsable del Centro Documental en el sistema de información dispuesto por la ESE, teniendo en cuenta los plazos de respuesta definidos para cada tipo de solicitud.

Cuando la entrega de la petición se efectúe a través de correo y radicación personal, la presentación de la misma se entenderá a partir del recibo en la ventanilla de la oficina del Centro Documental y será sujeto de asignación de un número de radicado. El plazo de respuesta empezará a contar a partir del día hábil siguiente de la radicación en el sistema de información dispuesto para ello por la entidad.

Cuando se trate de correos electrónicos, la presentación de la petición se entenderá a partir del recibido en el buzón del correo institucional pero el plazo de respuesta empezará a contar a partir del día hábil siguiente de la radicación en el sistema de información dispuesto por la entidad. El personal del centro Documental deberá asignar un número de radicado y enviar al peticionario, un mensaje electrónico informando dicha radicación. Las peticiones de información y consulta hechas a través de correo electrónico podrán ser atendidas por la misma vía.

Cuando se trate de peticiones presentadas a través del formulario electrónico disponible en el portal de la web de la ESE, la petición se entenderá presentada en el momento en que el sistema la reciba, momento en el cual el requerimiento es sujeto de asignación de un número de radicado. El plazo de respuesta empezará a contar a partir del día siguiente de la radicación en el sistema de información dispuesto por la entidad. En el evento de presentarse la petición en un día no hábil cuyo radicado y fecha de recibo es asignado automáticamente por el sistema de información dispuesto por la

entidad, se entenderá recibido al siguiente día hábil y el plazo de respuesta se empezará a contar al día hábil siguiente.

Cuando corresponda a peticiones presentadas a través del buzón de sugerencias, el funcionario de Atención al Usuario, hará entrega de dichos requerimientos al Centro Documental para la asignación del número de radicado. La presentación de las peticiones, se entenderán a partir de la fecha de diligenciamiento del formato y su plazo de respuesta empezará a contar a partir del día hábil siguiente de la radicación en el sistema de información dispuesto por la entidad.

Las peticiones escritas allegadas por correo electrónico y formulario electrónico en horarios y días no hábiles, se entenderán recibidas a partir del momento de su radicación y el plazo de respuesta empezará a contar a partir del día hábil siguiente de la radicación en el sistema de información dispuesto por la entidad.

**ARTICULO 29: PETICIONES PRESENCIALES Y TELFÓNICAS.** La recepción de las peticiones verbales presentadas a través de los canales presencial a través del diligenciamiento de la petición en el formulario electrónico disponible en el portal de la web de la entidad cumple o telefónico al número 6050233, extensión 174, en el horario de 7:00 a.m. a 16:30 p.m. de lunes a Jueves y viernes de 7:00 a.m. a 16:00 p.m., la responsabilidad estará a cargo del funcionario de Atención al Usuario.

La constancia de recepción del derecho de petición verbal, deberá incluir el número de radicado, la identificación del servidor público responsable de la recepción y radicación y la constancia explícita de que la petición se formuló de manera verbal.

La respuesta verbal a la petición deberá registrarse en el formulario electrónico de las PQRSDf con el objeto de expedir una constancia de radicación y generar la respuesta al peticionario.

Cuando al recibir una petición verbal se encuentre que el objeto de la solicitud no es competencia de la ESE Hospital Carisma, se le informará inmediatamente al peticionario con la indicación de cuál es la entidad a la que debe dirigir su solicitud. Si el peticionario insiste en formular su solicitud ante la ESE, se recibirá dejando constancia de ello y se procederá a remitir la misma a la entidad competente.

**ARTÍCULO 30: PETICIONES VIRTUALES.** Las peticiones virtuales son aquellas presentadas a través de un chat de la entidad y deberán ser atendidas en tiempo real, salvo aquellos casos en donde la solicitud deba ser escalada a otras dependencias de la ESE, evento en el cual se le indicará al peticionario que debe presentar su petición a través del formulario electrónico disponible en el portal de la ESE: [www.esecarisma.gov.co](http://www.esecarisma.gov.co)

**ARTÍCULO 31: ATENCION PREFERENCIAL DE PETICIONES:** Se deberá dar atención preferencial a las peticiones presentadas por personas en situación de discapacidad, niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes, adultos mayores o veteranos de la fuerza pública, y en general de personas en estado de indefensión o de debilidad manifiesta, de conformidad con lo establecido en

la normativa vigente. Si la petición la realiza un periodista para el ejercicio de su actividad, ésta se tramitará preferencialmente.

**ARTICULO 32: ENTREGA O NOTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA A LAS PETICIONES:** Dentro de los términos legales establecidos para dar respuesta a las peticiones recibidas en la ESE, las dependencias competentes de responder las mismas deberán hacer entrega al peticionario o notificar a través de los mecanismos dispuestos para ello.

Cuando la respuesta emitida a una petición de información haya sido enviada a la dirección informada por el peticionario y ésta sea devuelta a la entidad por imposibilidad de su entrega o correspondencia a un anónimo, la información relativa a la misma será publicada en el portal web de la ESE, por el funcionario responsable de la atención al usuario.

**ARTICULO 33. SEGUIMIENTO A LAS PETICIONES:** La ESE facilitará el seguimiento de las peticiones formuladas por los peticionarios ante la entidad, en el portal web.

**ARTICULO 34. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** El tratamiento de los datos personales contenidos en las peticiones recibidas por la ESE Hospital Carisma, se surtirá conforme a las políticas establecidas por la entidad y de acuerdo a las normas vigentes de la materia.

**ARTÍCULO 35: COSTOS DE REPRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Toda persona interesada en obtener copias o fotocopias de los documentos que reposen en la ESE podrá solicitarlas, siempre que no tengan carácter reservado conforme a la Constitución y la Ley

La ESE, mediante Resolución 148 del 12 de julio de 2019, estableció el valor de reproducción y de grabación en medios magnéticos de documentos, estableciendo que: " *El valor para la expedición de copias de documentos físicos que genere, custodie o administre la ESE HOSPITAL CARISMA es de doscientos (\$200) pesos moneda corriente IVA incluido por cada cara de la hoja y el valor de la grabación en CD \$1.000.*

*El costo se reajustará anualmente y proporcionalmente al incremento del índice de precios al consumidor*

*El trámite correspondiente al cobro de las fotocopias y grabación de CD de documentos públicos que no tengan el carácter de reservados o clasificados, será el siguiente:*

- *Recibida la solicitud de reproducción de información o documentación, la dependencia encargada de dar la respuesta, solicitará al funcionario responsable en donde se encuentran los documentos o la que los tenga en custodia la información respectiva con el fin de informar al peticionario, el número de folios, el valor de las copias, así como los datos del número de cuenta y entidad bancaria para que se proceda a la consignación o también se podrá cancelar en la caja de la ESE, recursos que ingresan a la cuenta de Impresiones como un aprovechamiento.*

- *El peticionario deberá realizar la consignación a nombre de la ESE HOSPITAL CARISMA, en la cuenta de ahorros de Bancolombia, en la cuenta N° 10182579915, por concepto de reproducción de documentos (sea en fotocopia o CD), y allegar a la entidad o al correo del empleado público que le entregó la información la copia de la constancia expedida por la entidad bancaria o la constancia de pago si la realizó en la caja de la ESE.*
- *Si el pago se realiza a través de entidad bancaria, copia de dicha constancia deberá ser remitida por el empleado que está encargado de dar respuesta a la solicitud a la tesorería de la entidad para identificar el ingreso.*
- *Allegada la constancia de pago por el peticionario, y verificado el valor consignado, deberá procederse a la reproducción del documento y su entrega, lo cual deberá hacerse en los términos establecidos en el numeral 1 del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015.*

*En los siguientes casos no habrá lugar al cobro de copias:*

- *Cuando se trate del requerimiento de copia de los antecedentes administrativos de actos demandados, en los términos establecidos en el párrafo primero del artículo 175 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*
- *Cuando la solicitud sea originada en desarrollo de una acción pública o una investigación penal.*
- *Cuando haya sido ordenada por una autoridad administrativa, en estricto cumplimiento de sus funciones."*

### CAPITULO III

#### TRAMITE DE LAS QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES

**ARTICULO 36: TRAMITE DE LAS QUEJAS Y DENUNCIAS:** Las quejas y denuncias podrán ser presentadas por los peticionarios a través de cualquiera de los canales dispuestos por la ESE y en todo caso, deberán ser recibidas y radicadas por el funcionario encargado del centro documental en el sistema de información dispuesto por la ESE, y asignadas a Atención al Usuario y éste será el encartado de escalar a Control interno disciplinario las quejas, y denuncias formuladas por los peticionarios, en donde el servidor competente determinará las acciones a seguir, conforme a la normativa vigente en materia disciplinaria y a la investigación que se realice sobre cada caso en particular.

Una vez enviada la queja o denuncia, el funcionario de atención al usuario, remitirá al quejoso o denunciante, el acuse de recibo y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la entidad.

**ARTICULO 37: TRAMITE DE LOS RECLAMOS Y SUGERENCIAS:** Los reclamos y las sugerencias podrán ser presentadas por los peticionarios a través de cualquiera de los canales dispuestos por la ESE, y en todo caso, deberán ser recibidas y radicadas por el centro documental en el sistema de información dispuesto por la entidad, y asignadas para trámite a Atención al Usuario y éste será el encargado de dar respuesta dentro de los términos de ley y en el caso de que lo requiera, para la contestación, deberá solicitar a la dependencia competente, la información que necesite para atender el reclamo o sugerencia.

#### CAPÍTULO IV

##### DE LOS RECURSOS, NOTIFICACIONES Y SU TRAMITE INTERNO

**ARTICULO 38: RECURSOS Y NOTIFICACIONES:** Para dar trámite interno a las notificaciones y recursos que se presenten ante la función pública, se dará cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en los capítulos V y VI de la ley 1437 de 2011, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

#### CAPÍTULO V

##### DE LAS PETICIONES PRESENTADAS EN OTRA LENGUA NATIVA O DIALECTO OFICIAL DE COLOMBIA

**ARTÍCULO 39:** Cuando se reciban peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o denuncias por cualquiera de los canales dispuestos por la entidad, en una lengua nativa o un dialecto oficial de Colombia, la ESE Hospital Carisma deberá dejar constancia de este hecho. Tratándose de peticiones verbales, la entidad adoptará los mecanismos para grabar el derecho de petición, o registrará el documento si es presentado en forma escrita, con el fin de proceder a su traducción con la Gobernación de Antioquia.

Para estos efectos, la Gobernación, efectuará la traducción de la petición y la respuesta que emita por la entidad. Por lo anterior, por no ser de competencia del Departamento la traducción, la remisión se debe efectuar dentro de los términos establecidos en el artículo 16 de la presente resolución. Una vez se obtenga la traducción tanto de la petición como de la respuesta, dichos documentos se deberán registrar a través del sistema de gestión documental dispuesto por la entidad.

#### CAPITULO VI DISPOSICIONES FINALES



**ARTÍCULO 40. ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES.** El responsable de servicio al Ciudadano Institucional deberá elaborar y presentar a la gerencia, control Interno y a Desarrollo Organizacional un informe trimestral de las PQRSDF, y el trámite surtido frente a las mismas.

Dicho informe deberá ser estructurado de acuerdo con los parámetros que al respecto defina la entidad y ser producido con base en los datos generados por el sistema de información dispuesto por la entidad, así como soportarse en los reportes suministrados por las diferentes dependencias cuando haya lugar.

**ARTÍCULO 41:** La normativa aplicable es:

- ❖ Constitución Política de Colombia.
- ❖ Ley 1437 de 2011. Artículos 5, 7, 8, 17, 20. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- ❖ Decreto 2150 de 1995. Artículo 32. Por el cual se suprimen y reforman regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- ❖ Ley 190 de 1995. Artículo 54. Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones, con el fin de erradicar la corrupción administrativa.
- ❖ Ley 527 de 1999. Por medio de la cual se define y se reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.
- ❖ Ley 734 de 2002. Por la cual se expide el Código Disciplinario Único.
- ❖ Ley 962 de 2005. Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
- ❖ Decreto 2623 de 2009. Artículo 12. Por medio del cual se crea el sistema nacional del servicio al ciudadano.
- ❖ Ley 1474 de 2011. Artículo 76. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- ❖ Decreto 019 de 2012. Artículos 12, 13, 14, 47 y 171. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- ❖ Ley 1712 de 2014. Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones.
- ❖ Decreto 0103 de 2015. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.
- ❖ Ley 1755 de 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- ❖ Decreto 1166 de 2016. Por el cual se adiciona el Capítulo 12 al Título 3 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto único reglamentario del Sector Justicia y del Derecho,

relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.

**ARTICULO 42: VIGENCIA.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Medellín, a los 25 días del mes de noviembre de 2019.

  
**CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR**  
Gerente

	Nombre	Firma	Fecha
Proyectó	Sandra Lara Agudelo		27-11-2019
Revisó	Beatriz Eugenia González Vélez		27-11-2019
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO HOSPITALIZACIÓN**

Código: CP-AA-GA-H.02

Versión:01

Fecha actualización:20/09/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Vincular al usuario a una modalidad de tratamiento acorde a su diagnóstico y necesidades.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Este procedimiento inicia cuando el especialista define que la modalidad de tratamiento requerido por el usuario es hospital total y da la orden, continúa cuando se adhiere al modelo terapéutico y termina cuando pasa a la fase de hospital día.

**LIDER DEL PROCESO**

Subdirección Científica

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

EPS, personal administrativo de admisiones, profesionales de consulta externa, Equipo terapéutico, personal auxiliar, personal de operadores, personal de farmacia servicios por interdependencia

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
Gerencia y Junta Directiva		-Plataforma estratégica - Lineamientos de la alta gerencia, - Plan Estratégico - Plan de Acción Vigente - Plan de Contratación	P	-Definir lineamientos de gestión en la atención hospitalaria. - Definir necesidades y recursos del proceso - Definir Plan de Acción Operativo. -Definir la capacidad instalada	Gerencia	- Lineamientos de gestión en la atención hospitalaria - Documento de priorización de necesidades y recursos. - Plan Acción operativo de acuerdo a la vigencia.	Servicio de Hospitalización	-Atención hospitalaria según convenio con las EPS y entidades con las que se tiene convenio. -DSSA

						-Capacidad instalada definida		
				Planear las directrices y políticas a tener en cuenta para el manejo y la atención del paciente, clasificación y la relación docencia-servicio. Proyección de turnos necesarios para garantizar la atención permanente.				
Sistemas de Información		Perfil Epidemiológico	H	Identificar las patologías más relevantes de la población objetivo	Subdirección Científica y sistemas de información	Documentos y Guías de atención médica	Atención en Hospital Total	-EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Gerencia		-Plan estratégico-Disponibilidad (de la capacidad instalada)	H	Determinar las actividades de admisión de pacientes.	Subdirección Científica	Protocolo de admisión	Atención en Hospital Total	EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Asistencial		- Lineamientos normativos -Plan estratégico -Guías de atención	H	Diseñar Modelo de atención( plan de integral de cuidado, tratamiento e intervención y análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia)	Grupo Terapéutico	-Modelo de Atención - Procedimientos de hospitalización.	Atención en Hospital Total	EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia

Asistencial	- Lineamientos normativos -Plan estratégico -Guías de atención	H	Realizar el seguimiento del proceso de tratamiento, evaluar la evolución de cada usuario, definir los objetivos deseables y viables y la forma de conseguirlos. Vigilar y reportar los posibles eventos adversos que e lleguen a materializar durante la atención al paciente.	Equipo Terapéutico	-Modelo de atención -Procedimientos de hospitalización	Atención en Hospital Total	EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Asistencial	- Lineamientos estratégicos -Modelo de Atención -Guías de atención	H	Establecer las actividades para el egreso de cada paciente en cada fase		Procedimientos de hospitalización	Atención en Hospital Total	EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Asistencial	- Lineamientos estratégicos -Modelo de Atención -Guías de atención	H	Establecer las actividades de seguimiento en el tratamiento ambulatorios Diligenciamiento de informes e indicadores establecidos por el proceso y/o que sean requeridos como resultado a evaluaciones y verificaciones internas o externas. Recolección y entrega de las PQRS, resultantes a Atención al Usuario.		Procedimientos de consulta externa	Atención en Consulta externa	EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Hospitalización	Documentos de los procedimientos de la atención en hospitalización	V	Evaluar la adherencia a la atención en hospitalización Seguimiento a los indicadores propios del proceso. Informes de auditorías.	Subdirección Científica	Informe de adherencia a los procedimientos de la atención en hospitalización	Hospitalización	- Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia -EPS y entidades con convenio de servicio de hospitalización

Hospitalización	Evaluación y verificación del Mapa de riesgos	V	Realizar seguimiento al desempeño del proceso	Subdirección Científica	-Reporte de indicadores -Monitoreo de riesgos	Gestión de Calidad	EPS e instituciones con convenios de contratación
Hospitalización	-Reporte de indicadores -Informes de auditoría internas y externas - Informe De Gestión De Atención en Hospitalización -Monitoreo de riesgos	A	Generar Acciones de mejora de acuerdo a los análisis realizados en el verificar. Evaluación al Plan de mejora. Evaluación a la efectividad de los indicadores propios del proceso.	-Subdirección Científica -Subdirección Administrativa -Gestión de la Calidad	Planes de mejoramiento implementados		- EPS e instituciones con convenios de contratación

**RECURSOS**

HUMANOS	TECNOLOGICOS	INFRAESTRUCTURA
Médicos Especialistas Médico general Auxiliares de enfermería Auxiliar de Farmacia Auxiliar en atención en salud Auxiliares administrativos Auxiliar en servicios generales. Ronderos	Sistemas Hardware y software- Sistemas de Comunicaciones. Insumos audiovisuales.	-Sede de Hospitalización con capacidad instalada según lo notificado al ministerio de salud. -Consultorios dotados según sistema de habilitación en salud -Servicio de Farmacia -Servicio de alimentación -Servicio de laboratorio disponible. -Dotación según las necesidades del modelo de atención (Auditorio, gimnasio, aula múltiple, área de recreación, aulas de clase, ludoteca, biblioteca)

**CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO**

¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?
Cumplimiento de la normatividad aplicable en	A través de informes de supervisión, vigilancia y control	

las actividades que se realizan en el proceso		Vigilancia y control
Cumplimiento de los Lineamientos estratégicos	A través de un Informe de Gestión	Junta Directiva
Cumplimiento del desarrollo del modelo de atención	A través de auditorias de adherencia a guías	Subdirección Científica
Seguimiento al desempeño del proceso	A través del reporte de Indicadores	Subdirección científica.

#### REQUISITOS

Constitución política de Colombia de 1991	Con la cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100 /93	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1043/06	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
Política de Calidad Política de Confidencialidad Política de Seguridad del paciente Deberes y derechos de los Usuarios Programa de adherencia	Documentación de Gestión de la Calidad y Programa de mejoramiento continuo de la atención en Salud.
Modelo de tratamiento.	Modelo Integral de la ESE CARISMA para el manejo de pacientes farmacodependientes y con otras adicciones
Guías clínicas de atención	"Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes"

#### CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO

RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE
Riesgo de inicio de labor por parte del especialista o profesional sin contrato elaborado	Entrega oportuna de documentación y elaboración del contrato	Gestión del Talento Humano.
Recurso humano asistencial insuficiente (médicos, enfermeras, auxiliares)	Planeación de los recursos, contratación oportuna.	Subdirección Científica y Gestión del Talento Humano
Atención no Humanizada, que no cumpla con los	Socialización de los planes de acción, ejecución	Subdirección Científica y Gestión del Talento Humano

estándares de calidad	del Plan de Bienestar e incentivos institucionales	
No adherencia a los procesos y procedimientos o las guías de atención	Inducción y re inducción a todo el personal incluyendo vinculados y contratistas.	Subdirección Científica, Subdirección administrativa, Gestión del talento Humano.
Falta de profesionales para la atención.	Plan de contingencia en caso de que algún especialista u otro profesional falte.	Subdirección Científica
Rotación de personal, falta de capacitación, deficiente proceso de inducción específica de personal	Ejecución del Plan de Bienestar e incentivos institucionales. Ejecución del Plan de Inducción y re inducción.	Subdirección Científica, Subdirección administrativa, Gestión del talento Humano.
Falta de insumos médicos en almacén para la realización de los procedimientos	Almacenamiento de insumos hospitalarios de mayor rotación	Encargado de Farmacia.
Fuga de pacientes	-Evaluación del riesgo de fuga al ingreso, activar protocolo según programa de seguridad del paciente -Inducción adecuada al personal de vigilancia, auxiliares de enfermería y personal en general sobre riesgos de fuga. -Comunicación oportuna sobre el riesgo de fuga evaluado al ingreso por parte del especialista.	Equipo terapéutico.
Falta de personal para vigilancia	-Planeación del recurso humano necesario para vigilancia y control del ingreso y egreso de pacientes.	Subdirección Científica, Subdirección administrativa y Gestión del talento humano
Deficiencia logística y estructural para la atención	Planeación de los recursos en general requeridos para la atención del usuario farmacodependiente y con otras adicciones.	Gerencia , Subdirección Científica y Subdirección administrativa.

#### INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

- Porcentaje de alta voluntaria
  - Porcentaje de fuga
  - Porcentaje de alta terapéutica
  - Porcentaje de Culminación del tratamiento
  - Porcentaje de Ocupación de camas
  - Número de eventos adversos
  - Número de incidentes
- Tasa de infección asociada al cuidado de la salud

#### CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)

Listado maestro



**Objetivo**

Proceder con el plan de cuidado y tratamiento integral del usuario adicto con alto grado de disfuncionalidad psicosocial con necesidad de rehabilitación, mediante la intervención pertinente y oportuna del equipo terapéutico, bajo los criterios de la evidencia clínica.

**Alcance**

Estos procedimientos inician cuando se hace la admisión del usuario al servicio de hospitalización, continúa con el ingreso a hospitalización por parte de enfermería, luego con la atención en Hospital total con la activación del plan de cuidado y tratamiento propuesto por el equipo terapéutico, continúa con Hospital día, hasta que se produce el egreso hospitalario.

**Límites**

Inicia en la admisión y termina en el egreso hospitalario cuando el paciente egresa en alguna de las modalidades del alta.

**Responsables:** Subdirección Científica, médicos especialistas, médicos generales, enfermeros profesionales, enfermeros auxiliares, auxiliares administrativos.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orden de hospitalización por parte del especialista</li> <li>-Orden de hospitalización autorizada por la EPS</li> <li>-Orden del equipo terapéutico para realizar fase Hospital día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Puesto de admisiones</li> <li>-Hardware y software</li> <li>-Historia clínica digital</li> <li>-Consultorio médico</li> <li>-Materiales para registro de inventarios.</li> <li>-Logística para custodia de pertenencias.</li> <li>-Papelería e insumos</li> <li>-Logística para realizar fase de Hospital día.</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>En la ESE CARISMA, son criterios de exclusión para la hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con patología dual descompensada, que requiera estabilización de la condición mental aguda como principal diagnóstico de internación.</li> <li>• Paciente con psicopatología mayor como diagnóstico principal, en ausencia de conductas adictivas comórbidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hospitalización pertinente y oportuna.</li> <li>-Usuario hospitalizado de forma segura.</li> <li>-Usuario y familia bien informados.</li> <li>-Consentimientos informados diligenciados.</li> <li>-Prioridad de hospitalización establecida.</li> <li>-Ordenes claras de hospitalización establecidas.</li> <li>-Instrumento de valoración de objetivos diligenciado.</li> <li>-Riesgo de fuga definido.</li> <li>-Ordenes médicas verificadas y registradas en el Kardex por parte de enfermería.</li> <li>-Inventario de pertenencias del usuario realizado y</li> </ul>

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente gestante con embarazo de alto riesgo o que tenga patología orgánica o gestacional descompensada.</li> <li>• Paciente con patología orgánica descompensada que requiere manejo por especialista con el que no se tenga disponibilidad según el modelo de atención de la ESE CARISMA.</li> <li>• Paciente menor de 14 años.</li> <li>• Paciente que tenga a su pareja sentimental hospitalizada en la ESE CARISMA (criterio temporal y sujeto al egreso de su pareja).</li> <li>• Paciente que con riesgo para sí mismo o para sus compañeros de internación, tanto a la integridad física como para el desempeño del proceso de lo demás pacientes hospitalizados.</li> <li>• Paciente que cumpla criterios de trastorno cognitivo severo y que se beneficie de modalidad de larga estancia (no ofertado según el modelo de atención de la ESE CARISMA)</li> <li>• Paciente con intoxicación aguda por sustancias psicoactivas que condicione riesgo de depresión respiratoria o de agitación psicomotora (riesgo de agresión para sí mismo o para terceros)</li> <li>• Paciente con riesgo alto de conducta suicida.</li> <li>• Menores de edad sin red de apoyo.</li> <li>• Paciente con discapacidad cognitiva,</li> </ul> | <p>registrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pertenencias del usuario custodiadas de forma segura.</li> <li>-Usuario informado sobre el funcionamiento de la institución</li> <li>-Formato de las personas que el usuario autoriza para darles información sobre su tratamiento diligenciado.</li> <li>-Formato de las personas autorizadas por el usuario para las visitas diligenciado.</li> <li>-Cuarto asignado al usuario de acuerdo al perfil del paciente y sus requerimientos clínicos, género y/o edad.</li> <li>-Paciente bienvenido, presentado, informado, ubicado y motivado.</li> <li>-Manual del usuario entregado,</li> <li>- Tratamiento definido para el usuario de acuerdo a las guías de manejo institucional.</li> <li>-Seguimiento al proceso de tratamiento realizado.</li> <li>-Plan y tratamiento de egreso definido e informado al usuario y familia.</li> <li>- Devolución al usuario y su familia acerca de las fortalezas y debilidades del paciente realizada.</li> <li>- Adherencia a la atención en hospitalización y el seguimiento al desempeño del proceso evaluado y socializado.</li> </ul> |
|--|--|

interdicto, sin red de apoyo.

- Pacientes que no acepta la hospitalización. -

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
<b>Admisión:</b>			
1	Realizar la apertura de la historia clínica, diligenciar los registros de identificación del paciente anexar fotocopia del documento de identidad y copia de documento que define el tipo de seguridad social. Solicitar al paciente firmar el consentimiento de autorización para que la auditoria pueda acceder a la información de la historia.	Auxiliar administrativa	-Historia clínica abierta -Consentimiento de autorización para que la auditoria pueda acceder a la información de la historia firmado.
2	Llamar personalmente al usuario por su nombre a consulta, en la cual hará un examen mental, orgánico, psicosocial y de consumo de sustancias, hará un diagnóstico inicial del estado mental, grado de dependencia a sustancias, disfunción psicosocial y planteará una modalidad de tratamiento. Si la modalidad de tratamiento sugerida es ambulatoria continuará el procedimiento para Hospital día, si la modalidad sugerida es hospitalización Total, continuará con la siguiente actividad.	El especialista	Evitar no dejar este espacio vacío
3	Clasificar la prioridad de hospitalización y hará las órdenes de hospitalización. Dar la información al usuario sobre el tratamiento, el tiempo que dura, los profesionales que estarán acompañando su proceso. Si se requiere suministrarle medicación, informar sobre los efectos positivos y negativos de la misma. Así mismo informar sobre las consecuencias negativas que se pueden	Especialista	Historia clínica

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	derivar de la no aceptación del tratamiento		
4	Diligenciar el instrumento de valoración de objetivos.	Especialista	Instrumento de valoración de objetivos
5	Definir el riesgo de fuga del paciente.	Especialista	Historia clínica
6	Llevar al paciente a consulta externa e informar a la auxiliar administrativa que se le dió orden de hospitalización	Especialista	
7	Verificar en la historia clínica las órdenes médicas de hospitalización; informar en enfermería sobre el ingreso del usuario y solicitar número de Kardex	Auxiliar administrativa	Registro del número de kardex Kardex físico
8	Asesorar al usuario sobre la modalidad de tratamiento sugerido, las actividades a realizar, las pertenencias que puede ingresar, los días y forma de las visitas, los costos del tratamiento y las formas de pago, dar información sobre sus derechos y deberes. Si el usuario acepta ser hospitalizado se diligenciará el formato de consentimiento informado.	Enfermera Jefe	Consentimiento informado diligenciado.
9	Llevar al usuario y sus pertenencias al puesto de enfermería para el ingreso a hospitalización. Indicar a la familia el procedimiento de ingreso, actividades, horarios del OMEE, responsabilidades	Auxiliar administrativa	
10	Realizar el ingreso por enfermería, verificará las órdenes médicas de hospitalización. Hará la anamnesis de acuerdo a los parámetros exigidos por la historia clínica, hará el inventario de pertenencias del usuario y consignará en la historia clínica con la firma del paciente,	Auxiliar de enfermería (Asignado a Botiquín)	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	informará al paciente sobre el funcionamiento de la institución, preguntará y consignará en formato las personas que el paciente autoriza para darles información sobre su tratamiento		
11	Asignar cuarto al usuario, teniendo en cuenta que los usuarios en síndrome de abstinencia o agitados se ubicarán en cuarto de observación. Los usuarios con signos vitales estables y tranquilos, en los cuartos normales según disponibilidad, ubicará a las mujeres en cuartos separados de los hombres.	Auxiliar de enfermería	Registro de entrega de cuarto.
12	Presentar al usuario con el comité de recepción y bienvenida para recibir al usuario; entregarle la ropa de cama, enseñarle las instalaciones y ubicación de los diferentes profesionales; ubicación de rutas de evacuación y plan de emergencia, manejo de residuos hospitalarios y normas de convivencia. -También entregará el manual del usuario, estimulará y motivará la permanencia en el tratamiento y tramitará la escarapela de identificación y lo presentará al resto de pacientes. -indicará objetos prohibidos dentro de la institución.	Auxiliar de enfermería.	Manual del usuario Listado de objetos prohibidos firmado.
<b>Hospitalización</b>			
13	Desarrollar el plan de tratamiento definido para el usuario de acuerdo a las guías clínicas de intervención y a las guías de las actividades de convivencia, educativas, psicoterapéuticas, de terapia ocupacional y	Equipo Terapéutico	Historia clínica

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	utilización del tiempo libre, y actividades con la familia.		
14	Hacer seguimiento del proceso de tratamiento, evaluar la evolución de cada usuario, definir los objetivos deseables y viables y la forma de conseguirlos.	Equipo Terapéutico	Historia clínica
15	Hacer evaluación sobre la pertinencia de realizar hospital día.	Trabajador(a) y especialista T	
<b>Egreso:</b>			
16	Realizar la cita de egreso al terminar la fase de Hospital Total o por algunos de los tipos de alta (terapéutica, voluntaria, abandono, fuga o por culminación) y definir el tratamiento en Hospital día o el tratamiento ambulatorio. Paso de fase a Hospital día lo hará médico general, el resto de tipo de altas las hará el especialista.	Especialista o Médico general	Historia clínica
17	Realizar el egreso hospitalario por enfermería, hacer revisión de las pertenencias del usuario, dará instrucciones sobre el manejo de medicamentos y sobre la forma de solicitar información en caso de dudas o situaciones de riesgo.	Auxiliar de enfermería	Registro de inventario. Manual del Usuario
18	Entregar fórmula y formato de salida con visto bueno de enfermería, trabajo social, tesorería y facturación.	Auxiliar de enfermería	Formato de salida con visto bueno diligenciado y firmado Fórmula médica.
19	Realizar el egreso hospitalario por Trabajo Social, hará devolución al usuario y su familia acerca de las fortalezas y	Trabajador (a) social	Historia clínica

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	debilidades del paciente, pautas de manejo en casa, manejo de factores de protección y de riesgo.		
20	Dar instrucciones sobre plan de actividades, información sobre el proceso a continuar.	Trabajador (a) social	Historia clínica
	<b>Hospital día</b>		
	El paciente inicia fase hospital día al día hábil siguiente de terminar fase hospital total.		
21	Ingresar al paciente al programa de resocialización	-Lídera Trabajo Social -Operativiza el auxiliar de enfermería o el operador	Registro de pacientes en el programa de resocialización
22	Ejecutar el programa de módulos educativos.	-Grupo terapéutico	Historia clínica
23	Realizar controles semanales y aleatorios de tóxicos en orina según solicitud de cualquier miembro del grupo terapéutico.	Auxiliar de enfermería	Historia Clínica Registro del resultado de tóxicos en orina
24	Realizar los lunes de regreso, una evaluación conjunta con la familia o red apoyo del usuario, en la cual se hace seguimiento al plan de actividades propuesta y la evolución del paciente y cambios en la dinámica familiar	Trabajo social	Registro de los cambios en la historia clínica
25	Dispensar la medicación Las dosis del día en las instalaciones del hospital. -Las dosis de la noche se le entregan al usuario La dispensación de la dosis de medicamento del fin de semana se le entrega el viernes acompañado de un instructivo para su administración en el formato de administración de medicamento	Auxiliar de enfermería	-Registro de dispensación -Instructivo de administración

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	ambulatorio.		
26	Realizar el egreso y pasar a la fase ambulatoria Definir la intensidad de las citas -y grupos de apoyo de acuerdo al tipo de alta efectuada (por culminación, alta terapéutica, abandono, alta voluntaria, fuga)	Especialista	Historia clínica
<b>Evaluación:</b>			
27	-Garantizar la Evaluación de la adherencia a la atención en hospitalización, el seguimiento al desempeño del proceso- -Definir e implementar los planes de mejoramiento de acuerdo a los resultados.	Subdirección Científica Subdirección administrativa Gestión de calidad	-Registro de auditorías -Planes de mejoramiento -Registro de socialización para la implementación.

**Definiciones:**

**Acontecimiento adverso potencial:** es un evento grave que podría haber causado un daño, pero que no lo llegó a causar, bien por suerte o porque fue interceptado antes de que llegara al paciente (por ejemplo, la enfermera se dio cuenta de que estaba prescrito un medicamento al que el paciente era alérgico y contactó al médico para que lo cambiara).

**Admisión hospitalaria:** es la gestión de trámites administrativos para el ingreso al servicio de hospitalización por parte del área encargada.

**Consentimiento Informado:** Según el artículo 15 de la Ley 23/1981 se define como: El médico pedirá al paciente su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensable y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente

**Egreso hospitalario:** es el retiro de un paciente de los servicios de hospitalización, sea por alta voluntaria, alta terapéutica, alta por abandono, alta por fuga, culminación de proceso o remisión.

**Evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles



**Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

**Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado

**Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

**Farmacovigilancia:** ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos

**Grupo de apoyos:** la construcción colectiva de un espacio y un tiempo donde pacientes y terapeutas trabajan juntos y en equipo para descubrir, experimentar y comprender el proceso de crecimiento personal de cada uno/a de los/as miembros/as en su rehabilitación en adicciones.

**Grupo terapéutico:** es el grupo de profesionales interdisciplinarios que se encarga de establecer el tratamiento al usuario adicto, de acuerdo a sus necesidades individuales en función de su rehabilitación física, mental, psicológica, familiar y social.

**Hospital día:** modalidad de hospitalización en la ESE CARISMA que no incluye la pernocta.

**Hospital Total:** modalidad de hospitalización en la ESE CARISMA que incluye la pernocta

**Incidente:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención

**Kardex:** es un instrumento que permite organizar y condensar los datos más importantes y relevantes del tratamiento del paciente para administración y manejo por parte del grupo de enfermería. Proporciona una guía de cuidado individualizado y un medio de comunicación entre los miembros del equipo de enfermería, que simplifica la metodología del trabajo.

**Medicamento:** es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica, que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rófulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado

**Problemas relacionados con medicamentos (PRM):** aquellas situaciones que en medio del proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

**Patología dual:** es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental.

**Pernocta:** que pasa toda la noche en el hospital

**Rehabilitación:** es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno

**Remisión:** procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional e institución con la consiguiente transferencia de la responsabilidad médico legal o profesional sobre el cuidado del mismo, de acuerdo al nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades en salud que requiera.

**Resultados negativos asociados a la medicación (RNM):** se definen como resultados en la salud del paciente que son inadecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o el fallo en el uso de medicamentos. El Tercer Consenso de Granada estableció que son tres formas de RNM (Necesidad, efectividad y seguridad).

**Riesgo:** es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Seguimiento:** atención y cuidado que se brinda al paciente a corto, mediano y largo plazo durante el proceso de rehabilitación en adicciones e incluye la atención en grupos terapéuticos ambulatorios.

**Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Servicio de hospitalización:** es el conjunto de recursos, logística e infraestructura necesarios para brindar una atención individualizada, segura y confortable a los usuarios adictos con alto grado de disfuncionalidad psicosocial y con necesidad de rehabilitación y de acuerdo a la modalidad, la necesidad de pernoctar.

**El sistema de Referencia y Contra-referencia** se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten al sistema de salud ubicar un paciente en una institución prestadora de servicios de salud de acuerdo las necesidades del usuario, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.


#### **Formatos**

- Formato digital de Historia Clínica
- Formato de autorización de revisión de pertenencias y retención de elementos no permitidos.
- Formato de Consentimiento informado para realizar el tratamiento en farmacodependencia.
- Formato de registro de inventario de las pertenencias del paciente
- Formato de las personas que el paciente autoriza para darles información sobre su tratamiento
- Formato de autorización de visitantes y llamadas.
- Formato de Consentimiento Informado para realizar los exámenes y procedimientos solicitados y/o requeridos.
- Formato de entrega de historia clínica a un tercero
- Formato de riesgo de caídas

- Formato de altas voluntarias.
- Formato de alta
- Formato de registro de pacientes (tabla en Excel).
- Formato de administración de medicamento ambulatorio.
- Formato de Kardex digital
- Formato de Kardex físico.

**Riesgos del procedimiento**

Riesgo	Consecuencias	Controles
Recurso humano asistencial insuficiente (médicos, enfermeras, auxiliares, operadores)	-Pérdida del control del servicio de hospitalización. -Falla en la adherencia a los procedimientos.	Planeación de los recursos, contratación oportuna. Plan de contingencia en asociación con el Sindicato proveedor con el que se tiene convenio
No adherencia a los procesos y procedimientos o las guías de atención	-Fallas en el tratamiento -Omisiones -Errores de procedimiento. -Reprocesos.	Cronograma de Inducción y re inducción a todo el personal incluyendo vinculados y contratistas.
Falta de profesionales para la atención	-Faltencias en el tratamiento. -Falta de oportunidad en la atención	Plan de contingencia en caso de que algún especialista u otro profesional falte.
Fuga de pacientes	-Exposición a ambiente y entorno inseguro -Falla en el tratamiento.	-Evaluación del riesgo de fuga al ingreso, activar protocolo según programa de seguridad del paciente -Inducción adecuada al personal de vigilancia, auxiliares de enfermería y personal en general sobre riesgos de fuga. -Comunicación oportuna sobre el riesgo de fuga evaluado al ingreso por parte del especialista.
Dispensación errada de medicamentos	-Falla de la atención en salud -Incidente -Evento Adverso -Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)	-Política de seguridad del paciente -Protocolo de los 10 correctos -Capacitación continua -Programa de seguridad del paciente..

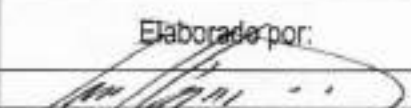
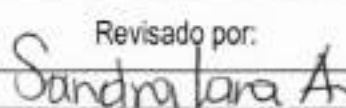
	<b>PROCEDIMIENTO HOSPITALIZACIÓN</b>	Código: PT-AA-GA-H:02
		Versión: 02
		Fecha de actualización 20/09/2019

	-Acontecimiento potencial	adverso	
--	------------------------------	---------	--

**Mecanismos de Evaluación:** La Subdirección Científica es responsable de evaluar, analizar y presentar los indicadores de forma trimestral durante reunión programada.

- Porcentaje de alta voluntaria
- Porcentaje de fuga
- Porcentaje de alta terapéutica
- Porcentaje de Culminación del tratamiento
- Porcentaje de Ocupación de camas
- Número de eventos adversos
- Número de incidentes

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Lina María Jiménez Del Castillo	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Médico General	Desarrollo organizacional	Gerente



**CARACTERIZACIÓN PROCESO  
ATENCIÓN AL USUARIO**

Código: CP-USU-GA-H:03

Versión:01

Fecha actualización:20/09/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Brindar atención y respuesta a las necesidades de los usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y a su familia, de acuerdo a la normatividad; garantizando la gestión óptima de las comunicaciones internas y externas, las cuales faciliten el cumplimiento de la misión institucional, la satisfacción de los usuarios y el posicionamiento de la ESE HOSPITALCARISMA.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Este proceso inicia con la planeación estratégica de los lineamientos de la alta gerencia para la atención al usuario, continúa con la gestión y manejo de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, demandas, con la respuesta a las mismas y finaliza con el plan de acción para el mejoramiento de los procesos.

**LIDER DEL PROCESO**

Subdirección Científica

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Alta gerencia, Subdirección Científica, personal asistencial, equipo terapéutico.

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
Gerencia y Junta directiva		Plataforma estratégica Lineamientos de la alta gerencia Plan Estratégico Plan de Acción vigencia.	P	-Identificar y caracterizar los usuarios. -Definir el Plan estratégico de Gestión para la atención integral al usuario y su familia	Gerente	- Informe de caracterización de usuarios. -Plan estratégico de Gestión para la de atención integral del usuario y su familia	Gestión Atención Al Usuario-	
Direccionamiento estratégico Todos los procesos		-Normatividad vigente. -Lineamientos de gestión Atención al usuario. - Política de humanización del servicio. -Peticiones,	P	Realizar plan para la gestión de atención de las PQRSDF y Escucha Activa	Subdirección Científica	-Plan para la gestión de atención de respuestas a PQRSF -Informe de atención de PQRSF	- Direccionamiento estratégico. -Todos los procesos.	-EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia

		Quejas, Reclamos, Sugerencias y felicitaciones						
Atención al usuario.		Encuesta de satisfacción del usuario y su familia	H	Realizar el seguimiento a la satisfacción del usuario y su familia	Técnico de Atención al Usuario	-Encuestas de satisfacción realizadas. -Informe de satisfacción del usuario y su familia	-Todos los procesos.	-EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Atención al usuario y Comunicaciones		-Plan estratégico de Comunicaciones Oficiales Internas y externas -Políticas y directrices Institucionales -	H	-Fomentar la participación Comunitaria - Fomentar la escucha activa -Dar información en salud	-Alta Gerencia -Atención al Usuario - Comunicaciones	-Contenidos producidos e impresos, audiovisuales y digitales de la gestión del hospital ESE y formas de participación ciudadana, escucha activa e información en salud.	-Todos los procesos.	-EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
Atención al usuario		-Encuestas de satisfacción realizadas. -Informe de satisfacción del usuario y su familia	V	-Realizar Informe de satisfacción del usuario y su familia	Técnico de Atención al Usuario	-Identificación de las oportunidades de mejora. -Plan de mejoramiento	-Todos los procesos	-EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia

Atención al usuario		-Reporte de indicadores -Informes de auditoría internas y externas	A	-Implementar los planes de mejoramiento	-Subdirección Científica -Subdirección Administrativa	Plan de mejoramiento Implementado	Todos los procesos	-EPS e instituciones con convenio. -Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia
RECURSOS								
HUMANOS		TECNOLOGICOS				INFRAESTRUCTURA		
-Equipo Terapéutico -Auxiliares de enfermería -Personal de Farmacia -Persona de Vigilancia -Técnico en Atención al usuario -Profesional de Comunicaciones -Miembros de Asociación de Usuarios.		Sistemas Hardware y software- Sistemas de Comunicaciones. Insumos audiovisuales. Impresoras				-Oficina para Atención al Usuario. -Buzones de PQRSDF -Oficina de Comunicaciones.		
CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO								
¿Que controla?		¿Cómo lo controla?				¿Quién lo controla?		
-Insuficiencia del sistema único de información		- Realizar plan para la gestión de atención de las PQRSF y Escucha Activa				-Alta Gerencia		
-Falta de personal		-En el plan estratégico Institucional, definir el personal necesario para la gestión de Atención al usuario				-Alta Gerencia		
-Falta de capacitación del funcionario en el manejo de las herramientas tecnológicas utilizadas en el trámite de PQRSDF		-Capacitar al Técnico de Atención del usuario en el uso de las herramientas tecnológicas utilizadas en el trámite de PQRSDF				-Gestión del Talento Humano.		

-Desconocimiento de los procedimientos del Proceso de atención al usuario	-Información y capacitación al cliente interno y cliente externo sobre el proceso de atención al usuario.	-Atención al Usuario.
-Desconocimiento de la normatividad vigente	-Capacitación al personal implicado sobre la normatividad vigente en la gestión del sistema PQRSDF	-Gestión del Talento Humano.
-Falta de empoderamiento del personal	-Ejecución del Plan de Bienestar e incentivos institucionales	-Gestión del Talento Humano.

#### REQUISITOS

Constitución política de Colombia de 1991	Con la cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100 /93	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1043/06	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
Ley 1755/2015	"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición"
Política de Calidad Política de Confidencialidad Política de Seguridad del paciente Deberes y derechos de los Usuarios Programa de adherencia	Documentación de Gestión de la Calidad y Programa de mejoramiento continuo de la atención en Salud.
Modelo de tratamiento.	Modelo de atención en el paciente ambulatorio de la ESE HOSPITAL CARISMA para pacientes farmacodependientes y con otras adicciones.
Guías clínicas de atención	"Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes"

#### CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO



Riesgo	Consecuencias	Controles
Recurso humano insuficiente	-Falta de oportunidad de respuesta. -Colapso del servicio. -Omisiones -Re procesos.	-Planeación de los recursos, contratación oportuna. Plan de contingencia en asocio con el Sindicato proveedor con el que se tiene convenio -Control de la oportunidad de respuesta.
Vulnerabilidad de derechos	-Tutelas, demandas, requerimientos	-Encuestas de satisfacción. -Evaluación y análisis de PQRSDF
Expresiones anuladas, excluidas	-Información sesgada, desviada.	-Instructivos de diligenciamiento -Despliegue de manuales. -Acompañamiento en el diligenciamiento (cuando es posible).
Falta de información que alimente los indicadores.	-Información Sesgada, desviada, parcializada	-Definición de indicadores -Recolección de la información de acuerdo a los indicadores definidos.

**INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO**

- Porcentaje de satisfacción del usuario
- Índice combinado satisfacción
- Vulneración de derechos
- Porcentaje de expresiones negativas
- Porcentaje de expresiones positivas
- Porcentaje de expresiones neutras
- Porcentaje de divulgación de deberes y derechos
- satisfacción del usuario

**Objetivo**

Brindar atención, orientación y respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios internos y a los usuarios externos con farmacodependencia y otras adicciones y a su familia, de acuerdo a la normalidad; garantizando la gestión óptima de las comunicaciones internas y externas, las cuales faciliten el cumplimiento de la misión institucional, la satisfacción de los usuarios y el posicionamiento de la ESE HOSPITAL CARISMA.

**Alcance**

Inicia con la recepción de todas las solicitudes peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones del cliente interno y externo, validando la información contenida en las mismas, direccionándolas a los líderes de los procesos y finaliza gestionando la respuesta a las mismas y evaluando la percepción del usuario.

**Responsables:** Subdirección Científica, Técnico de Atención al usuario, líderes de procesos.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se requiere formalización de la PQRSF a través de cualquiera de los medios de expresión disponibles</li> <li>-Toda PQRSDF debe estar respaldada por la información de quién la envía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oficina de atención al usuario</li> <li>-Hardware y software</li> <li>-Sistema de comunicaciones que incluya telefonía, correo electrónico, buzones de recolección de PQRSDF</li> <li>-Suministros de papelería y formatos.</li> <li>-Encuestas de satisfacción diseñadas.</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>-MARCO LEGAL Decreto 1757 de 1994 Ley 734 del 2002 Ley 190 de 1995 Ley 1755 de 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Radicar cualquier tipo de requerimiento por escrito en cualquiera de los medios de expresión disponibles.</li> <li>-Los datos requeridos para ingresar su PQRSDF:</li> </ul> <p>Fecha: Departamento y Ciudad: Nombres y Apellidos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-PQRSDF diligenciado, radicado.</li> <li>-Encuesta de satisfacción diligenciada y tabulada.</li> <li>-Satisfacción evaluada y analizada.</li> <li>-Indicadores definidos y evaluados.</li> <li>-Plan de mejoramiento definido e implementado.</li> <li>-Vulnerabilidad de derechos evaluados y analizados.</li> </ul>

No. De identificación:  
 Dirección de residencia:  
 Teléfono:  
 Celular:  
 Correo electrónico:  
 -Para las encuestas las condiciones son:  
 Diligenciar con lapicero (tinta), no usar lápiz  
 -Fomentar el buen diligenciamiento de la encuesta.  
 -Registrar los datos en plantilla de Excel  
 - Tabular los datos  
 - Alimentar los indicadores

Si el trámite es una queja, especificar los datos del funcionario implicado.(Nombre, Apellidos, cargo, dependencia)

DAR RESPUESTA A LAS PQRSDF	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO
1	-Abrir los buzones los lunes miércoles y viernes en Belencito y martes y jueves en la sede Calasanz. -Revisar las expresiones por fuera de los buzones.	Técnico de atención al usuario	Formato de registro y seguimiento de expresiones
2	Atender las solicitudes que llegan por fuera de los buzones y dar la información solicitada sin proponer barreras de accesibilidad y registrarlo en el formato	Técnico de atención al usuario	Formato de registro y seguimiento de expresiones
3	Clasificar expresiones requerimientos u otras peticiones	Técnico de atención al usuario	Expresiones tabuladas y registradas.
4	Direccionar a los líderes de procesos las expresiones según le corresponda	Técnico de atención al usuario	Acta de recibido.
5	Analizar y validar el contenido de las PQRSDF	Líder del proceso involucrado.	Respuesta a la expresión
6	Dar respuesta a las PQRSDF	Líder del proceso involucrado.	Registro de respuestas
7	Hacer remisión de la respuesta	Técnico de atención al usuario	Registro de la remisión
8	Realizar seguimiento a las expresiones	Técnico de atención al	Informe

	PQRSDF	usuario	trimestral.
<b>RECEPCIÓN PETICIONES</b>			
1	Recibir de forma verbal o escrita las peticiones que se generen por parte del cliente interno y cliente externo		Radicado de la petición con fecha y hora
1.1	Si la petición es verbal deberá quedar constancia de la misma en el formato establecido para ello y seguirá la ruta de la petición escrita.		
1.2	Cuando una petición no se acompañe de los documentos e informaciones requeridos por la ley, en el acto de recibo la funcionaria de atención al usuario deberá indicar al peticionario los que falten.	Técnico de atención al usuario	Formato escrito de constancia de la petición verbal
1.3	Si el peticionario insiste en que se radique la petición sin la documentación requerida, así se hará dejando constancia de los requisitos o documentos faltantes.		Constancia de los requisitos o documentos faltantes
2	Direccionar a quien corresponda responder la petición, deberá hacerlo el mismo día de la recepción	Técnico de atención al usuario	Registro de recibido de la petición por parte del encargado de la respuesta.
<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DOCUMENTO O REGISTRO</b>
9	Realizar encuestas de satisfacción, para lo cual está definido un instrumento con el mismo nombre. Se tienen varias encuestas de acuerdo a la etapa del tratamiento del usuario	Técnico de atención al usuario	Tabulación de encuestas
9.1	Primera encuesta: a la salida de la atención de la primera valoración; el técnico de atención al usuario aplicará una encuesta llamada consulta externa.		

9.2	Segunda encuesta: Hospital total. El técnico de atención al usuario la realizará cuando el paciente egresa de hospital total.		
9.3	Tercera encuesta: Hospital día: El técnico de atención al usuario la realizará cuando el paciente termina la fase de Hospital día, cuando culmina el tratamiento.		
<b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DOCUMENTO O REGISTRO</b>
10	Diseñar, construir, publicar y distribuir la cartilla de participación ciudadana	Técnico de atención al usuario Comunicaciones Subdirección Científica	Cartilla de participación ciudadana.
11	Hacer partcipe a la comunidad Con		
11.1	la <b>Elección del Comité directivo Asociación de usuarios:</b> se eligen 6 miembros mediante Asamblea General de usuarios inscritos activos en el libro de Asociados. (Ver estatuto de la Asociación de Usuarios)	Asociación de usuarios	Acta de elección
11.2	<b>COPACO</b> desde la Gobernación notifica las dos personas que harán parte del comité de ética como su participación.	Gobernación de Antioquia	Carta de notificación
<b>ESCUCHA ACTIVA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DOCUMENTO O REGISTRO</b>
12	Difundir los canales de comunicación lunes miércoles y vienes.	Encargado de Comunicaciones	Registro de difusión y archivo de evidencias audiovisuales.
13	Fomentar el uso de los canales de	Técnico de atención al	Informe de

	<p>comunicación entre la ESE y el usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico <a href="mailto:atencionalusuario@esecarisma.gov.co">atencionalusuario@esecarisma.gov.co</a></li> <li>• Redes sociales Facebook, chat</li> <li>• Buzones de PQRSD: se tienen disponibles tres buzones, uno en hospitalización y uno en consulta externa y otro en la sede ambulatoria de Calasanz</li> <li>• Línea telefónica línea única 6050233 extensión 174</li> <li>• Atención personal en la oficina de atención al usuario</li> </ul>	<p>usuario Comunicaciones</p>	<p>trimestral</p>
14	<p>Diseñar, publicar y distribuir los productos de difusión de acuerdo a las necesidades planteadas por la oficina de Atención al Usuario.</p>	<p>Encargado de Comunicaciones</p>	<p>-Muestra de Manuales, instructivos y cartillas -Registro de entrega de los manuales, instructivos y cartillas.</p>
<b>INFORME TRIMESTRAL</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DOCUMENTO O REGISTRO</b>
15	<p>Realizar el Informe de satisfacción del usuario y su familia, el cual es trimestral y lo entregará los primeros 10 días subsiguientes a la culminación del trimestre</p>	<p>Técnico de atención al usuario</p>	<p>Informe trimestral</p>

### 3. DEFINICIONES

**Accesibilidad:** Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de servicio. Incluye aspectos como el horario de visitas, ubicación de pacientes y servicio al cliente interno y externo.

**Atención al usuario:** es la oficina que orienta al usuario en todas sus necesidades antes, durante y después de la atención según el modelo establecido, además es la puerta de entrada del usuario y su familia al servicio en la ESE.

**Calidad:** propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.

**Calidad percibida:** consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen los usuarios. Incluye aspectos científico-técnicos, (fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia profesional...), aspectos relacionados con la relación y comunicación con los profesionales, (trato, amabilidad, capacidad de escucha, empatía, interés...) y aspectos sobre el entorno de la atención, ambiente, decoración y limpieza.

**Canales de comunicación:** Es el medio de transmisión por el cual viajan las señales portadores de la información que pretenden intercambiar el usuario y su familia y la E.S. E HOSPITAL CARISMA.

**Derecho de Petición:** Es un tipo especial de petición, está consagrado en la constitución política, aplica para las peticiones escritas que cumplan los siguientes requisitos:

- Datos de servicios ofrecidos y para conocer las necesidades del usuario y su familia con respecto a los mismos.

**Felicitación:** Es la manifestación de agradecimiento o satisfacción que hace un usuario por los servicios ofrecidos por la E.S.E HOSPITAL CARISMA.

**Garantía:** Acción y efecto de asegurar lo estipulado.

**Información en salud:** consiste en dar instrucciones sobre acceder a los servicios de CARISMA

**Participación Ciudadana en salud:** es la instancia de fiscalización por parte de la comunidad de la calidad, la efectividad y la oportunidad del servicio y el uso eficiente de los recursos.

**PQRSF:** Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

**Petición:** Es toda solicitud respetuosa que presenta una persona. Puede corresponder a solicitud de información o consulta, solicitud de intermediación, solicitud de servicio, queja o reclamo.

**Queja:** Es toda manifestación de insatisfacción con el servicio brindado

**SIAU:** Es una estrategia de desarrollo institucional y ciudadana; se considera una unidad de apoyo en el hospital para buscar una atención integral en salud y garantizar la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios, es un puente entre la administración y el usuario.

**Solicitud:** Situación en la cual el usuario solicita información o intermediación frente a algún servicio, para agilizar trámite, obtener información relevante, o acceder a un servicio específico.

**Usuario:** es la persona que utiliza habitualmente un servicio.

#### 4. ABREVIATURAS

**COPACO:** Comité de participación comunitaria.

**PQRSDF:** Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, Demandas y felicitaciones

**Reclamo:** Es toda manifestación de insatisfacción con el servicio brindado

**SIAU:** Sistema de Información y atención al Usuario.

#### 5. RIESGOS

Riesgo	Consecuencias	Controles
Recurso humano insuficiente	-Falta de oportunidad de respuesta. -Colapso del servicio. -Omisiones -Re-procesos.	-Planeación de los recursos, contratación oportuna. Plan de contingencia en asocio con el Sindicato proveedor con el que se tiene convenio -Control de la oportunidad de respuesta.
Vulnerabilidad de derechos	-Tutelas, demandas, requerimientos	-Encuestas de satisfacción, -Evaluación y análisis de PQRSDF
Expresiones anuladas, excluidas	-Información sesgada, desviada.	-Instructivos de diligenciamiento -Despliegue de manuales. -Acompañamiento en el diligenciamiento (cuando es posible).
Falta de información que alimente los indicadores.	-Información Sesgada, desviada, parcializada	-Definición de indicadores -Recolección de la información de acuerdo a los indicadores definidos.

#### Mecanismos de Evaluación:

La Subdirección Científica es responsable de evaluar, analizar y presentar los indicadores de forma trimestral durante reunión programada.

#### INDICADORES:

: -Porcentaje de satisfacción del usuario

- Índice combinado satisfacción





**PROCEDIMIENTOS  
ATENCIÓN AL USUARIO**

Código: PT-USU-GA-H:03

Versión:

Fecha de actualización

- Vulneración de derechos
- Porcentaje de expresiones negativas
- Porcentaje de expresiones positivas
- Porcentaje de expresiones neutras
- Porcentaje de divulgación de deberes y derechos

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Lina María Jiménez del Castillo	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Médico General	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Brindar información al usuario de manera oportuna, pertinente y eficaz de acuerdo a sus necesidades.

**Alcance:** Este instructivo inicia desde que atención al usuario recibe una solicitud de información a través de una llamada y termina cuando el usuario queda satisfecho con la información brindada.

**Responsable:** Atención al usuario, Subdirección Científica

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Usuario que solicita información	Línea telefónica Software y Hardware con conexión a Internet Implementos de Oficina
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	
Declaración de derechos y deberes, Política de confidencialidad, política del buen trato y guía de preguntas frecuentes. Informar cuando se ausenta de la oficina donde recibir las llamadas Responder oportunamente al timbrado del teléfono.	Usuario Informado sobre los servicios que presta la institución Usuario Informado sobre la documentación que debe traer para la cita y ubicación geográfica de la institución.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir llamada o al usuario, identificándose con el nombre y cargo del funcionario.	Atención al Usuario	planilla
2	Identificar la necesidad de información del usuario.	Atención al Usuario	
3	Indagar sobre el tipo de seguridad social del usuario.	Atención al Usuario	
4	Dar respuesta al usuario, teniendo en cuenta la guía de preguntas frecuentes.	Atención al Usuario	
5	Verificar la comprensión del usuario En caso de no comprensión: Explique nuevamente al usuario, hasta estar seguro que haya comprendido la información En caso de comprensión: Remitar al usuario a la dependencia requerida.	Atención al Usuario	
6	Atender las llamadas telefónicas de los usuarios y registrar los datos personales del usuario en el formato de llamadas.	Atención al Usuario	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
7	Realizar análisis de las llamadas de cada línea y enviar informe mensual al Coordinador Asistencial, Calidad y a la Gerencia.	Atención al Usuario	

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	<i>Sandra Lara A</i>	<i>Sandra Lara A</i>	
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Tramitar las expresiones de los usuarios frente al tratamiento y consolidar la información.

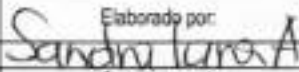
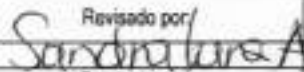
**Alcance:** Este procedimiento inicia desde que atención al usuario recibe una expresión de un usuario en relación con el tratamiento (por escrito, verbalmente, telefónicamente o vía Internet).

**Responsable:** Atención al usuario, subdirección científica

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Usuario que realiza una solicitud de manera escrita, telefónica o vía internet. Se solicitará a las personas que hacen expresiones orales, que las hagan por escrito y en caso de necesidad el funcionario tomará nota y el paciente la firmara. Resolución 204 de noviembre 14 de 2019.	Oficina, teléfono, Computador, documentación de impresos de la entidad
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
Tener en cuenta para la aplicación de este procedimiento la Declaración de derechos y deberes, Política de confidencialidad y Política del Buen trato. Coordinación entre la oficina de atención al usuario, y área asistencial para los trámites de las necesidades	Usuario orientado frente a la necesidad que desea tramitar. Usuario elaborando el trámite de su necesidad por escrito o describiendo la situación que se presentó. Consolidado con las necesidades de los usuarios

No	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir las expresiones de los usuarios verbales, escritos, telefónicos o vía mail, si es verbal se le pide que la consigne en el formato de expresiones del usuario.	Atención al Usuario	Formato de necesidades
2	Revisar los buzones de sugerencias para recolectar las expresiones depositadas allí, la apertura de los buzones de sugerencias se debe hacer en presencia de dos usuarios, quienes firmarán el acta elaborada por Atención al Usuario, donde queda consignando el número de expresiones (reclamos, sugerencias y felicitaciones) que los usuarios hayan depositado en estos. Se consolida la información en el formato de reclamos, sugerencias y felicitaciones.	Atención al Usuario	Consolidado
3	Dar trámite inmediato a las expresiones que ameriten comunicando a la subdirección científica En el día que son conocidas para proceder a su	Atención al Usuario	

No	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	análisis y manejo de la situación.		
4	Realizar la evaluación de las expresiones de los usuarios recolectadas en la semana, se analizan, se les da el manejo respectivo y se consolidan. Luego de tramitada la necesidad con la subdirección científica, se da un tiempo de ocho días para dar respuesta al usuario de manera escrita o verbal	Atención al Usuario subdirección científica	Respuestas por escrito
5	Dar respuesta escrita a todas las expresiones recibidas. Si pasado un mes no es posible encontrar el destinatario de la respuesta esta se destruirá y se dejará constancia de la misma.	Atención al Usuario	Respuestas por escrito
6	Definir acciones a tomar en los casos a que haya lugar y se y/o se comunica la situación al funcionario responsable.	Atención al Usuario	Plan de mejora
7	Definir un sistema de resarcimiento a aquellas reclamaciones que así lo ameriten ( Carta, tarjeta).	Atención al Usuario	Carta o Tarjeta
8	Enviar informe a la Control Interno y Desarrollo Organizacional trimestralmente		
9	Reportar mensualmente a calidad y subdirección científica la tasa de vulneración de derechos, especificando los derechos que fueron vulnerados y las acciones correctivas establecidas.	Atención al Usuario	Informe de vulneración de derechos
10	Asistir al grupo con los pacientes de hospital total y de hospital día para educarlos en derechos y deberes, este mismo procedimiento se debe hacer con las familias de los pacientes de Hospital Total y Hospital Día. Expresión del usuario: reclamo, felicitación o sugerencia.	Atención al Usuario	Listas de asistencia
11	Diario, Explicar y Entregar el plegable de deberes y derechos a los usuarios que ingresan al tratamiento de Hospital Total y hacer presentación de la oficina de Atención al usuario, este mismo procedimiento se hará con los familiares y/o acompañantes del paciente.	Atención al Usuario	Deberes y derechos e información de la oficina de Atención al Usuario.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Sandra Lara A	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Desarrollo Organizacional	Desarrollo Organizacional	Gerente

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Proveer los medicamentos y dispositivos médicos requeridos por el usuario, garantizando su adecuada conservación, así como la información y asesoría en el uso adecuado de los mismos para contribuir de manera efectiva en la satisfacción de las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta seguridad, eficacia, calidad y costos.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Inicia con la identificación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos requeridos para la atención de los usuarios, continúa con la adquisición de los mismos, así como con la recepción y su distribución termina con la dispensación adecuada de los medicamentos y/o la utilización de los dispositivos médicos.

**LIDER DEL PROCESO**

Subdirección Científica

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

EPS, personal de farmacia, profesionales de consulta externa, Equipo terapéutico, personal auxiliar de farmacia y de enfermería, servicios por interdependencia

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)	ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPO N- SABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
						INTERNO	EXTERNO
<b>INTERNO</b>  Gerencia y Junta Directiva Hospitalización Direccionamiento Estratégico. Paciente - dispensación ambulatoria y intrahospitalaria.	-Plataforma estratégica -Lineamientos de la alta gerencia. - Plan Estratégico - Plan de Acción Vigente -Plan de Contratación	P	- Definir lineamientos de gestión en la atención farmacéutica. - Definir necesidades y recursos del proceso - Definir Plan de Acción Operativo. -Definir los productos farmacéuticos y dispositivos médicos requeridos.	Gerencia	-Lineamientos de gestión en la atención farmacéutica - Documento de priorización de necesidades y recursos farmacéuticos y dispositivos médicos requeridos para	-Servicio de Hospitalización -Servicio de consulta externa	-DSSA -Atención hospitalaria según convenio con las EPS y entidades con las que se tiene convenio. -Servicio de Consulta

	<p>Requerimiento de necesidades de medicamentos e insumos farmacéuticos para el apoyo y tratamiento del paciente</p> <p>Solicitud por Formula Médica -Kardex</p> <p>Solicitud de necesidades para el funcionamiento de la prestación del servicio</p>			<p>la atención.</p> <p>- Plan Acción operativo de acuerdo a la vigencia.</p>		externa.
Gerencia y Junta directiva			-Planeación anual de adquisiciones	Gerencia	Plan anual de adquisiciones	
Farmacia	Plan de compras	P	<p>-Definir cronograma de evaluación de existencias.</p> <p>-Definir Promedio Consumo con el stock de máximos y mínimos</p> <p>- Establecer existencias físicas de inventarios (Producto almacenado y dispositivos médicos disponibles ) usar stock de máximos y mínimos</p>	Regente de Farmacia	<p>-Cronograma de evaluación de existencias</p> <p>-Requisiciones de Recursos.</p>	<p>-EPS e instituciones con convenio.</p> <p>-Usuarios con farmacodependencia y otras adicciones y su familia</p>
		H	<p>-Seleccionar los medicamentos y dispositivos médicos necesarios</p> <p>-Definir el listado básico de acuerdo a la misión institucional</p>	Regente de Farmacia y	-Listado básico de medicamentos y dispositivos	

				Comité de Farmacia y terapéutica	médicos requeridos		
		H	-Adquirir los medicamentos y dispositivos médicos necesarios.	Comité de compras	-Orden de compra	Servicio Farmacéutico	
Farmacia	Medicamentos o dispositivos médicos en punto de reposición	H	Carro de paros y medicamentos de control especial				
Comité de Compras	-Adjudicación y aprobación de proveedores -Listado adjudicado a cada proveedor	H	Recepción de medicamentos y dispositivos médicos	Regente de farmacia y /o auxiliar de farmacia	-Acta de recepción técnica y administrativa	-Servicio Farmacéutico	
Servicio Farmacéutico	-Acta de recepción técnica y administrativa de los medicamentos y dispositivos médicos comprados	H	Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos	Regente de farmacia y /o auxiliar de farmacia	-Medicamentos y dispositivos médicos almacenados.	-Servicio Farmacéutico	



Hospitalización Consulta externa	-Orden generada desde el servicio de enfermería	H	Distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos	Auxiliar de farmacia	-Medicamentos distribuidos por servicio	-Servicio de hospitalización -Servicio de consulta externa	
Hospitalización Consulta externa	Formula médica	H	Dispensación de medicamentos	Auxiliar de farmacia y/ regente de farmacia.	-Medicamentos dispensados	Servicio de hospitalización -Servicio de consulta externa	-Usuario hospitalizado -Usuario de consulta externa - EPS e instituciones con la que se tiene convenio.
		H	Manejo, administración y vigilancia de los programas de farmacovigilancia y apoyo al programa de tecnovigilancia.	Implementación, manejo y seguimiento de programas de Farmacovigilancia apoyo tecnovigilancia			

		<p><b>V</b> Verificación al cumplimiento de lo planificado Vs. Lo ejecutado (informes de supervisión).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Verificación de información digitada Vs. Información de medicamentos dispensados, comprobantes de entrada y salida.</li> <li>*Verificación de Almacenamiento y Control de Inventarios de Medicamentos, Insumos Medicoquirúrgicos y Material.</li> <li>*Revisión a informe de movimiento de medicamentos de control especial.</li> <li>* Verificación y validación al análisis de PQRD.</li> <li>*Asegurarse de mantener actualizada la información concerniente a los programas farmacovigilancia y apoyo tecnovigilancia.</li> <li>* Control de registros.</li> <li>* Control de producto no conforme.</li> <li>*Verificación y validación a informes de auditoría realizados propios y a terceros.</li> <li>* Realizar Evaluación de conocimiento y/o práctica al estudiante en convenio para detectar oportunidades de mejora o validación de su aprendizaje con destino a la institución.</li> </ul>			
		<p><b>A</b> Solicitar mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y recursos idóneos para dar cumplimiento y garantía a las exigencias normativas y sus requisitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Cumplimiento a los planes de mejora establecidos, evidenciando eficiencia y efectividad.</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Revisión y trazabilidad a indicadores de medición y gestión propios</li> <li>* Implementar auditorías a todo el proceso de facturación de medicamentos y dispositivos médicos que permitan un control de inventarios y minimización de glosas desde la Dirección.</li> <li>* Intervenir para que el uso de los recursos sean adecuados y acordes a los resultados de análisis financieros y/o operacionales.</li> <li>* Intervenir los riesgos identificados para mitigarlos.</li> </ul>			
PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	SALIDA	CLIENTE	
<p><b>Externos :</b></p> <p>1. Proveedores de medicamentos, dispositivos médicos, equipos según sea el caso.</p> <p><b>Entes de control:</b></p> <p>2. INVIMA.</p> <p>3. Secretaría de Salud.</p> <p>4. Superintendencia en Salud.</p> <p>5. Fondo Nacional de Estupefacientes.</p> <p>6. SISMED.</p> <p>7. Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Factura del bien o servicio</p> <p>Medicamentos, Insumos</p> <p>Prestación de un bien o servicio por Contratos o convenios</p> <p>Requerimientos normativos o de solicitud de información</p>	<p>* Planificación a la recepción de bienes y servicios adquiridos Vs. A lo estimado para la ejecución, así como el talento humano necesario para la atención oportuna, eficiente y eficaz a los usuarios.</p> <p>* Indagación y revisión a la normatividad y sus exigencias.</p> <p>* Proyección de necesidades de acuerdo a lo establecido por convenio o contrato.</p> <p>* Proyección de la recolección, análisis e informe definitivo.</p> <hr/> <p>* Seguimiento detallado de la ejecución por cada uno de los medicamentos y el impacto económico de los mismos (proyectado Vs. Lo facturado).</p> <p>* Requerimiento de Reposición o adquisición, por fecha de vencimiento.</p> <p>* Consolidación de información y análisis para reporte o cumplimiento normativo según sea el caso.</p> <p>* Entrega de bienes o servicios de acuerdo a los lineamiento o lo pactado según sea el caso.</p> <p>* Acompañamiento a visitas o auditorías por parte de entes externos.</p> <hr/> <p>* Auditorías de bien o servicio contratado Vs. El recibido.</p> <p>* Verificar el cumplimiento de lo pactado en un contrato o convenio según sea el caso.</p> <p>* Verificar que la información enviada cumple con los parámetros y/o oportunidad requeridos en las normas y sus exigencias.</p> <p>* Revisión a informes de visitas u auditorías realizadas por entes externos.</p>	<p><b>A.</b> Informe de Supervisión para reconocimiento de pago.</p> <p><b>B.</b> Información para los procesos de facturación,</p> <p><b>C.</b> Entrega de informes, datos estadísticos según formatos establecidos.</p> <p><b>D.</b> Cargue de datos o envío de información por medios electrónicos.</p> <p><b>E.</b> Decisiones conjuntas</p>	<p><b>Externos :</b></p> <p>Procedimiento:</p> <p><b>1.</b> Gestión Financiera</p> <p><b>2.</b> Adquisición de Bien Servicio</p> <p><b>3.</b> Entes de Control</p>	

8. Instituto Nacional de Salud.		* De acuerdo al cumplimiento de los indicadores contractuales intervenir para que se de cumplimiento a los mismos.	documentadas en actas.
9. Contraloría General de la Nación.		* Controlar y ajustar los recursos de acuerdo a los resultados de análisis financieros y/o operacionales encontrados.	F. Informe de demanda satisfecha por parte de <del>mancomunados</del>
10. Fiscalía General de la		* Ajuste a procedimientos y planes de mejora si aplica.	

### RECURSOS

HUMANOS	TECNOLOGICOS	INFRAESTRUCTURA
Regente de Farmacia Auxiliar de Farmacia Enfermera Jefe	Sistemas Hardware y software- Sistemas de Comunicaciones. Sistema Operativo Equipos biomédicos Equipos reguladores de temperatura	-Área física de farmacia independiente, circulación restringida, segura limpia y ordenada. -Dotación de gabinetes especiales para almacenamiento de insumos y medicamentos. -Unidad Sanitaria -Pisos de material impermeable, resistentes. -Sistema de drenaje -Paredes de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.

### CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO

¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?
No adherencia a los procesos	Inducción y re inducción al personal del servicio farmacéutico y enfermería.	Subdirección Científica, Subdirección administrativa, Gestión del talento Humano.
Falta de profesionales para la atención.	Plan de contingencia en caso de que algún miembro de equipo farmacéutico falte.	Subdirección Científica
Rotación de personal, falta de capacitación, deficiente proceso de inducción específica	Ejecución del Plan de Bienestar e incentivos institucionales. Ejecución del Plan de Inducción y re inducción.	Subdirección Científica, Gestión del talento Humano.

de personal		
Falta de insumos y medicamentos en el servicio.	Control de Medicamentos o dispositivos médicos en punto de reposición	Regente de Farmacia.
Deficiencia logística y estructural para la atención	Planeación de los recursos en general requeridos para el servicio farmacéutico	Gerencia , Subdirección Científica y Subdirección administrativa.

**REQUISITOS**

Constitución política de Colombia de 1991	Con la cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100 /93	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1043/06	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
Política de Calidad Política de Seguridad del paciente Deberes y derechos de los Usuarios	Documentación de Gestión de la Calidad y Programa de mejoramiento continuo de la atención en Salud.
Decreto 2200 de 2005	Reglamentación del servicio Farmacéuticos
Resolución 1403 de 2007	Modelo de gestión del servicio farmacéutico
Resolución 1478 de 2006	Control. Seguimiento y vigilancia de sustancias de control especial
Modelo de tratamiento.	Modelo Integral de la ESE CARISMA para el manejo de pacientes farmacodependientes y con otras adicciones
Guías clínicas de atención	"Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes"

**Ley 485 de 1998.** Reglamenta Profesión Tecnólogo en Regencia de Farmacia y se dictan otras disposiciones.

**Ley 1164 de 2007.** Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

**Resolución 1103 de 1988.** Por la cual se someten a Control Sanitario algunos productos.

**Resolución 1164 de 2002.** Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.

**Resolución 1478 de 2002.** Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, distribución y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado.

**Resolución 1403 de 2007.** Por la cual se determina el Modelo de Gestión del servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 2955 de 2007.** Por la cual se modifica algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 4002 de 2007.** Por la cual se adopta el Manual de Requisitos de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento para Dispositivos Médicos.

**Resolución 3028 de 2008.** Por la cual se definen las áreas técnicas de producción de los establecimientos.

farmacéuticos y se establecen otras disposiciones

**Resolución 2378 de 2008.** Por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas para las instituciones que conducen.

**Resolución 0371 de 2009.** Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Pos consumo de Fármacos o Medicamentos Vendidos.

**Resolución 2011012580 de 2011.** Por la cual se adopta la guía de inspección de Buenas Prácticas de Manufactura que deben cumplir los Gases Medicinales en los procesos de fabricación,

llenado, control de calidad, distribución y comercialización.

**Resolución 2011020764 de 2011.** Por la cual se establece el reglamento relativo al contenido y periodicidad de los reportes de eventos adversos en la fase de investigación clínica con medicamentos en

humanos, de que trata el artículo 146 del Decreto 677 de 1995.

**Resolución 2535 de 2013.** Por la cual se reglamenta el artículo 91 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 117 del Decreto-

ley 019 de 2012, investigación con medicamentos en seres

humanos.

**Política Farmacéutica Nacional.** Ministerio de la Protección Social.

#### Otras de cumplimiento general.

**NTCGP 1000:2009.** Sistema de gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y Otras Entidades prestadoras de servicios.

**RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

**Decreto 943 de 2014.** Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno.

**Manual de MECI 2014.** Lineamientos MECI 2014.

**MIPG Decreto 1499 de 2017** Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015

**Guía de Administración del Riesgo.** La administración del riesgo ayuda al conocimiento y mejoramiento de la entidad, contribuye a elevar la productividad y a garantizar la eficiencia y la eficacia en los

procesos organizacionales, permitiendo definir estrategias de mejoramiento continuo, brindándole un manejo sistémico a la entidad.

### CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO

Ver mapa de riesgos

### INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

1. Oportunidad de dispensación de medicamentos a pacientes hospitalizados:  $(\text{No. Total de unidades dispensadas en el momento de la solicitud} / \text{No. Total de unidades prescritas}) > 98\%$ .
2. Oportunidad de dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios:  $(\text{No. Total de unidades dispensadas en el momento de la solicitud} / \text{No. Total de unidades prescritas}) > 98\%$ .
3. Reacciones adversas a medicamentos (RAM) =  $\text{No. RAM} / \text{No. Egresos hospitalarios} * 100$   $\Rightarrow$  Costo promedio formulapaciente hospitalizado =  $(\text{Costo total medicamentos dispensados} / \text{Número total de fórmulas dispensadas})$
4. Impacto económico por medicamentos no incluidos en el listado básico de medicamentos (pacientes hospitalizados) =  $(\text{Costo total medicamentos NO incluido} / \text{costo total medicamentos dispensados})$  siempre y cuando no sean regulados.

### CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)

Listado maestro

## CONTENIDO

### 1. OBJETIVO

Garantizar la trazabilidad y calidad en la inclusión y exclusión pertinente de los medicamentos o dispositivos médicos al listado básico de la Institución.

### 2. ALCANCE

Aplica para todos los medicamentos y dispositivos médicos utilizados en la Institución de acuerdo a sus características misionales y que son incluidos o excluidos en el listado básico.

### 3. LIMITES

Inicia con el diligenciamiento del formato de Inclusión y Exclusión de Medicamentos y Dispositivos médicos al listado básico, Listado autorizado de Carros de paro y Carta de reporte de agotado y finaliza con la aprobación o no por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica.

### 4. RESPONSABLES POR LA CAPACITACIÓN

Coordinador del Servicio Farmacéutico

### 5. DEFINICIONES

**Selección:** Es el conjunto de actividades interrelacionadas que de manera continua, multidisciplinaria y participativa se realiza en una institución de salud o en un establecimiento farmacéutico, para definir los medicamentos y dispositivos médicos con que se deben contar para asegurar el acceso de los usuarios a ellos, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia, calidad y costo. En el proceso de selección toma parte activa el servicio farmacéutico y el Comité de Farmacia y Terapéutica.

**Listado Básico:** Es el resultado final de utilizar los diferentes métodos y criterios de selección definidos por la política de selección de la ESE, llevados a cabo en la institución, plasmado en una lista de medicamentos, en donde el servicio farmacéutico y el comité de farmacia y terapéutica tienen una participación activa, tanto para su creación como para su actualización.

**Medicamento:** Es aquél preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

**Dispositivo médico para uso humano:** Se entiende por dispositivo médico para uso humano, cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo, biomédico y todos los productos que tienen importancia sanitaria tales como: materiales de prótesis y órtesis, de aplicación intracorporal de sustancias, los que se introducen al organismo con fines de diagnóstico y demás, las suturas y materiales de curación en general y aquellos otros productos que con posterioridad se determine que requieren de registro sanitario para su producción y comercialización, utilizados solos o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad;



- b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia;
- c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico;
- d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción;
- e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido;
- f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

**Comité de Farmacia y Terapéutica:** Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán colocar en funcionamiento el Comité de Farmacia y Terapéutica, entendiéndose como tal, el grupo de carácter permanente al servicio de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que brinda asesoría en el ámbito de sus funciones. Este Comité estará integrado por:

1. El Director (a) o Gerente de la institución o su delegado.
2. El Subdirector (a) del área científica médica o quien haga sus veces.
3. El Director (a) del servicio farmacéutico.
4. Director (a) del departamento de enfermería o quien haga sus veces.
5. Un representante de la especialidad médica respectiva, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.
6. Un representante del área administrativa y financiera cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

## 6. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

Nº	Actividad	Cargo Responsable	Registro
1.	<p><b>Diligenciamiento del Formato de Inclusión o exclusión de medicamentos y Dispositivos médicos al listado básico:</b></p> <p>Cuando se presenta la necesidad de utilizar un medicamento o dispositivo médico que no esté dentro del listado básico de la institución, se debe diligenciar por el profesional respectivo el Formato de inclusión o exclusión de medicamentos y Dispositivos médicos, una vez diligenciado en su totalidad el formato éste se entrega en el servicio farmacéutico y se lleva a comité de Farmacia y Terapéutica</p>	<p>Profesional de la Salud Coordinador del Servicio (Regente de farmacia) Farmacéutico Gestión de Calidad</p>	<p>Formato de Inclusión y Exclusión de medicamentos y Dispositivos médicos</p>
2.	<p><b>Evaluación de la pertinencia de la solicitud:</b></p> <p>Se evalúa la necesidad teniendo en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Farmacológico:</b> se realiza una evaluación de la farmacología y la toxicología que incluye efectividad, evidencia en la literatura, evaluaciones clínicas de instituciones (agencias, hospitales internacionales), indicaciones, contraindicaciones y seguridad.</li> </ul>	<p>Comité de farmacia y terapéutica</p>	<p>Formato de Inclusión y Exclusión de medicamentos y Dispositivos médicos</p>

N°	Actividad	Cargo Responsable	Registro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Seguridad:</b> El medicamento o dispositivo médico, según sea el caso, debe mostrar mayor seguridad, en relación al índice de riesgo/beneficio. Verificación del cumplimiento de la indicación en el Registro de INVIMA con el uso solicitado en la institución.</li> <li>• <b>Costo:</b> El medicamento o dispositivo médico, según sea el caso, debe mostrar ventajas sobre la terapia con relación al costo de estos productos, evaluando el índice de costo/beneficio.</li> </ul>		
3.	<p><b>Decisión de la evaluación:</b></p> <p>Emitir el concepto acerca de la solicitud de inclusión o exclusión de medicamentos en el comité de farmacia y terapéutica mensualmente.</p> <p>Para el caso de los dispositivos médicos se debe hacer uso del procedimiento de evaluación técnica de dispositivos médicos.</p> <p>Se debe notificar por escrito al profesional solicitante a través de un comunicado oficial del comité de farmacia y terapéutica, el resultado de la solicitud, adjuntando la justificación por la cual se aprueba o no la inclusión o exclusión del medicamento o dispositivo médico.</p>	Comité de farmacia y terapéutica	<p>Acta de Comité de Farmacia y Terapéutica</p> <p>Formato de Inclusión y Exclusión de medicamentos y Dispositivos médicos</p>
4.	<p><b>Autorización de los listados básicos:</b></p> <p>En el Comité de farmacia y terapéutica es aprobado el listado básico institucional. Este listado debe contener:</p> <p>Descripción del Producto Forma Farmacéutica Presentación comercial Registro INVIMA Lote Fechas de vencimiento Clasificación de riesgo Condiciones de almacenamiento Fotosensibilidad</p> <p>Además se autoriza el listado de carro de paro para cada servicio asistencial, conciliando la apertura del carro de paro mediante un acta.</p> <p>El en Comité de farmacia y terapéutica también se evalúa y aprueba el listado básico del stock de medicamentos de control.</p>	Comité de Farmacia y Terapéutica	<p>Listado Básico de medicamentos</p> <p>Acta de apertura de carro de paro</p> <p>Listado básico de stock de medicamentos de control</p>

Nº	Actividad	Cargo Responsable	Registro
5.	<p><b>Actualización del listado básico.</b> Cada que vez que se incluya un producto se realiza actualización por el área respectiva. Si el producto se excluye solo se inactiva el código del sistema institucional de prescripción mas no se excluye del listado para no perder trazabilidad.</p>	<p>Coordinador del Servicio Farmacéutico Enfermería Asistencial</p>	<p>Listado Básico actualizado</p>
6.	<p><b>Actualización de Carros de Paro y listados de servicios asistenciales.</b> Mensualmente se realizara la auditoria a los carros de paro y stock de medicamentos de control para verificar la conformidad de lo autorizado con relación al fisico.  Además, en la eventualidad del cierre o modificación de un servicio se recogerán los productos del carro de paro amparados por un acto administrativo de la institución.</p>	<p>Regente de farmacia  Jefe enfermero de hospitalización</p>	<p>Listado básico de Carro de paro.  Acto administrativo</p>
7.	<p><b>Controles durante la selección, que contribuye al programa de seguridad del paciente.</b> Una vez seleccionado el medicamento o dispositivo médico, se deben documentar todos los criterios técnicos que permitan controlar y evaluar estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha Técnica del producto, según parámetros exigidos por la entidad</li> <li>Formato para la evaluación de Uso. Solo para Dispositivos Médicos.</li> </ul> <p>Toda esta información debe alimentar el procedimiento de Recepción técnica y Distribución respectivamente, para tener el control de todos los medicamentos y Dispositivos médicos que ingresan nuevos a la Institución, y la evaluación posterior durante el uso.</p>	<p>Regente Farmacéutico</p>	<p>Ficha Técnica del Producto  Formato para la evaluación del uso</p>
8.	<p><b>Agotados</b> Cuando un producto es notificado al servicio farmacéutico como agotado por parte del proveedor este debe adjuntar carta de agotado.  Se informa en comité de farmacia y terapéutica.</p>	<p>Regente de farmacia</p>	<p>Base de datos de agotados por proveedor</p>

## 7. CONDICIONES GENERALES

- La Institución deberá garantizar la creación, participación y funciones del Comité de Farmacia y Terapéutica, deberá ser institucionalizado mediante un acto administrativo que le de reconocimiento por la alta dirección.

- El Comité de Farmacia y Terapéutica tendrá las funciones según el Decreto 2200 de 2005 u otras normas que lo modifiquen.
- La selección de medicamentos y dispositivos médicos es un acto administrativo.

**8. FRECUENCIA DE REVISION DEL PROCEDIMIENTO**

Cada año.

**9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Decreto 2200/05 y sus actualizaciones.
- Resolución 1403 de 2007.

**10. ANEXOS**

**ANEXO:**

- Formato para solicitud de inclusión y exclusión de medicamentos y dispositivos médicos del listado básico.
- Listado Básico de medicamentos
- Listado básico del carro de paro

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Granada	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente

## CONTENIDO

### 1. OBJETIVO

Definir estrategias para la gestión del abastecimiento del Servicio Farmacéutico, garantizando atributos de calidad como la oportunidad, continuidad y la pertinencia.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento inicia desde la identificación de la necesidad de abastecimiento hasta la solicitud de insumos a los diferentes proveedores.

### 3. LIMITES

Inicia con el plan de compras, continúa con el análisis del listado de los medicamentos e insumos requeridos, y finaliza con la recepción en el servicio farmacéutico.

### 4. RESPONSABLES

Regente de farmacia.

### 5. DEFINICIONES

**HERRAMIENTA DE APROVISIONAMIENTO:** Instrumento electrónico diseñado por la empresa cuyo objetivo es la solicitud del medicamento o dispositivo médico que se requiere en el servicio farmacéutico. (BIONEXO)

**FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES:** Es la Oficina que ejerce la vigilancia, seguimiento y control a las entidades públicas, privadas y personas naturales que procesen, manipulen, sinteticen, fabriquen, distribuyan, vendan, consuman, dispensen sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos que las contengan; así como garantizar la disponibilidad de medicamentos Monopolio del Estado a través de la dispensación y distribución en su jurisdicción y las demás funciones que le sean asignadas por el Ministerio de la Protección Social, o la institución competente.

**CONSUMOS HISTORICOS:** Es un método fundamentado en el comportamiento de los medicamentos en periodos anteriores.

**NIVELES MINIMOS DE EXISTENCIAS:** Se define como la cantidad de insumo que se debe tener en existencia en el almacén o farmacia según sea el caso, necesaria para cubrir un tiempo de reposición.

**TIEMPO DE REPOSICION:** Se define como el momento en el cual hay suficiente cantidad del insumo para cubrir un gasto hasta que llegue el nuevo pedido sin utilizar el NmE.

**LEAD TIME:** Sería el tiempo total invertido desde que se reconoce la necesidad de comprar el producto hasta que éste está físicamente situado en el almacén y disponible para su utilización y se podría descomponer en:

- Cálculo de la necesidad del material
- Tramitación del pedido al proveedor
- Plazo de entrega del proveedor
- Recepción y control de calidad del producto
- Ubicación física en las estanterías del almacén
- Comunicación al sistema informático de la disponibilidad del producto para su utilización

**MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL:** Son aquellos medicamentos susceptible de causar dependencia el cual requiere una vigilancia especial, por parte del fondo rotatorio de estupefacientes, para su comercialización, y manejo en el país.

**POLITICA DE COMPRAS:** Las políticas de compra, son las directrices a seguir por las personas involucradas en el proceso de adquisición

**ESTIMACION DE NECESIDADES:** La estimación de necesidades es el proceso que cuantifica la cantidad de medicamentos e insumos para la salud, necesarios para un periodo determinado, con el fin de asegurar el suministro, presupuestar los costos, evaluar comparativamente frente a la ejecución..

**CONSUMO PROMEDIO:** Es el registro de las cantidades despachadas en promedio (cada mes). Este promedio se hace teniendo en cuenta la información de un periodo (últimos 3, 6 o 12 meses).

**STOCK:** Conjunto de medicamentos y dispositivos médicos que se tienen en el servicio farmacéutico en reserva y en cantidad suficiente mientras se repone con lo solicitado.

**HERINCO:** Herramientas informáticas de Cohan. Software institucional para la gestión, control y manejo de inventarios.

**XENCO:** Herramienta informática institucional para la gestión y control de aprovisionamiento (control de inventarios, stock de máximos y mínimos, consumos promedio mensual)

## 6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Nº	Actividad	Cargo Responsable	Registro
1.	<p><b>Estimación de necesidades por XENCO</b> El sistema operativo institucional XENCO en su módulo de inventario, permite gestionar las cantidades recomendadas a pedir ingresando a la pestaña impresión, reporte, stock de máximos y mínimos. El sistema genera automáticamente las cantidades sugeridas de pedido.</p>	Regente de Farmacia	<p>Herramienta de Aprovisionamiento</p> <p>Pedido sugerido</p>
2.	<p><b>Priorización de las necesidades</b> Los medicamentos a comprar se priorizan también utilizando la clasificación ABC, el cual resulta de organizar o clasificar los insumos en orden descendente según su valor o rotación, obteniéndose los listados A,B,C en donde:  <b>A</b> Agrupa a los de mas alto porcentaje en rotacion (80 %)  <b>B</b> Los de un porcentaje medio (15 %)  <b>C</b> Los de mas bajo porcentaje (5 %)                      Considerando los anteriores aspectos, esta clasificación debe hacerse mensualmente para así poder identificar y analizar el comportamiento de los inventarios de cada servicio.</p>	Regente de farmacia	Herramienta de Aprovisionamiento - Clasificación ABC.

Nº	Actividad	Cargo Responsable	Registro
3.	<p><b>Alimentacion de la Herramienta de Aprovisionamiento</b> La Herramienta de aprovisionamiento se alimenta con información de existencias disponibles exportadas de XENCO y se monta en una herramienta de word en BIONEXO Esta herramienta generará las cantidades a pedir luego de hacerse un análisis basado en las existencias actuales o disponibles, la cantidad mínima de existencias, el tiempo de reposición (Lead Time), consumos promedio, niveles maximos y minimos.</p> <p><b>Análisis de cantidades a pedir:</b> Con la herramienta de aprovisionamiento actualizada, se procede a analizar las cantidades a solicitar arrojadas por la misma con respecto a cualidades de cada servicio y aspectos relevantes de cada producto.</p>	Regente de Farmacia	Herramienta de Aprovisionamiento
4.	<p><b>Generación de pedido a BIONEXO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez se tengan las cantidades necesarias definidas se hace el pedido a través del sistema BIONEXO,</li> <li>Se publica el pedido por BIONEXO, se deja publicado 5 días, en espera de al cotización de los diferentes proveedores. Se cierra al quinto día y en compañía de la subdirección científica se procede a la adjudicación a los diferentes proveedores a través de BIONEXO.</li> <li>Los Servicios farmaceuticos se abastecen para 30 días o cuando es necesario según la urgencia.</li> </ul> <p><b>PUNTO CRITICO:</b> Para garantizar la oportunidad en la entrega, luego de terminado el plazo y hecha la adjudicación, se generan las órdenes de compra inmediatamente y así el evitar el retraso de estos pedidos a causa del posible agotado de los productos</p>	Regente de Farmacia y Subdirección Científica	Orden de pedido
5.	<p><b>Generación pedido por HERINCO</b> Una vez se genere el pedido se le da Realizar pedido y este automáticamente lo envía al CEDI para ser procesado luego de unas horas de corte preestipuladas.</p>	Regente de farmacia	
6.	<p><b>Aprobación de los pedidos</b> Digitar los respectivos pedidos en el Módulo del sistema operativo, teniendo en cuenta que los pedidos antes de la hora del corte no deben ser aprobados, toda vez que está estipulado un corte automático realizado por la misma plataforma, la cual los aprueba automáticamente.</p>	Regente de Farmacia	Orden de compra aprobada

Nº	Actividad	Cargo Responsable	Registro
	Solo requieren aprobacion los pedidos realizados por urgencia o por fuera del dia estipulado para pedir.		
7.	<p><b>Adquisición de medicamentos de control especial a las direcciones seccionales de salud o fondos rotatorios</b></p> <p>La adquisicion de Medicamentos de control especial solo se realiza a los diferentes proveedores que cotizan en el BIONEXO, excepto los de monopolio del estado que se realiza por medio de cotización al Fondo Nacional de Estupefacientes y requieren ser comprados por la E.S.E por parte del regente de Farmacia de la Institucion.</p>	Regente de Farmacia	<p>Resolución de autorización de uso de medicamentos de control</p> <p>Formato de Cotización para compra de medicamentos de control</p> <p>Herramienta de aprovisionamiento</p>
8.	<p><b>Seguimiento a faltantes</b></p> <p>En caso de medicamentos faltantes, el Regente de Farmacia tiene la facultad de gestionar con diferentes proveedores que no hayan cotizado por la plataforma de BIONEXO</p>	Regente de farmacia	Informe de cotizaciones

#### 7. CONDICIONES GENERALES

- La Herramienta de Compras se gestionará según las políticas institucionales, las cuales definen periodicidad, horario de corte para el reporte de pedidos y tiempos de entrega.
- La herramienta garantizará el abastecimiento del servicio farmaceutico ajustado al tiempo de reposición y a los niveles mínimos de existencia.
- Se establece que para los medicamentos y dispositivos médicos de alta rotación se solicitará en cantidad suficiente para treinta (30) días

#### 8. FRECUENCIA DE REVISION DEL PROCEDIMIENTO

Cada año.

#### 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Decreto 2200/05 y sus actualizaciones.
- Resolución 1403 de 2007.


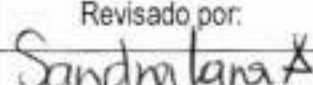


- Resolución 1478
- Decreto 677 del 1995
- Procedimiento de Manejo de Medicamentos de Control Especial

**10. ANEXOS**

**Anexo 1:** Formato de Cotización de Medicamentos de control Especial.

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Gallego	Sandra Lara A.	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente

## CONTENIDO

### 1. OBJETIVO

Asegurar que los medicamentos y dispositivos médicos recibidos por los servicios farmacéuticos cumplen con las especificaciones técnicas y administrativas y conforme con la normatividad vigente para su utilización.

### 2. ALCANCE

Aplica para todos los medicamentos y dispositivos médicos que ingresen al Servicio Farmacéutico

### 3. LIMITES

Este procedimiento inicia desde que el medicamento o dispositivo medico llega al servicio farmacéutico hasta que es almacenado.

### 4. RESPONSABLES POR LA CAPACITACIÓN

Regente de Farmacia

### 5. DEFINICIONES

**Recepción:** La recepción es el proceso por medio del cual la institución realiza una comparación entre lo pactado con el proveedor, orden de compra contra factura y lo que él envía (recepción administrativa), y entre lo establecido por la legislación vigente, requisitos internos y además el aspecto del producto (recepción técnica). Al analizar la verificación de requisitos administrativos y técnicos, encontramos:

#### Verificación o Recepción administrativa.

Permiten constatar si lo que se recibe cumple o no las condiciones pactadas en la adjudicación entre la institución y el proveedor; igualmente si se cumple lo solicitado en la orden de compra y si está acorde con lo facturado. Deben aplicarse al 100% de los medicamentos o insumos recibidos por orden de compra. Entre la especificación a revisar está: nombre genérico del producto, concentración, forma farmacéutica, precios unitarios y totales (por producto y valor total de la factura) fechas y formas de entrega y cantidades. Es importante anotar que la persona que realice el conteo de los productos no debe saber qué cantidad se recibe (a ciegas), con el fin de evitar el riesgo que se produce al conocer desde antes dicha información.

#### Verificación o Recepción técnica.

Permite constatar el grado de acercamiento de las características técnicas del producto a las que están establecidas como referencia por la legislación y por la organización. Estas especificaciones se refieren a: fecha de vencimiento, número de lote de fabricación, registro sanitario, características físicas y organolépticas del producto como tal, características relacionadas con la etiqueta, empaque, envase, embalaje y forma farmacéutica, condiciones de almacenamiento, nombre del fabricante y otros requisitos de información acordes a la legislación de cada país.

**Cadena de frío:** proceso por el cual se asegura la conservación de las especificaciones técnicas de refrigeración con las que fueron fabricados los medicamentos, vacunas, productos inmunobiológicos y dispositivos médicos que requieran esta condición; este proceso contara con cuartos fríos, refrigeradores o congeladores, provistos de mecanismos que regulen la temperatura y plan de emergencia que garantice el mantenimiento de la cadena de frío, en caso de interrupciones de la energía eléctrica.

**Defecto o no conformidad:** Cualquier desviación del producto a las especificaciones previamente establecidas (legales, internas y de acuerdo al aspecto del producto).

**Inspección:** Proceso a través del cual se supervisa para corroborar, si el producto cumple con los requisitos de calidad reportados en la Ficha Técnica.

**Muestra:** Es un conjunto de unidades escogidas, cuyas observaciones son representativas y pueden inferirse a toda la población.

**Tabla Military Standard:** Tablas de referencia para determinar las cantidades de producto para el procedimiento de muestreo para inspección por atributos.

**Embalaje:** es un recipiente o envoltura que contiene productos de manera temporal principalmente para agrupar unidades de un producto pensando en su manipulación, transporte y almacenaje.

**Envase:** Envase se define como cualquier recipiente o envoltura que contenga un producto para su venta, almacenaje o transporte. Está en contacto directo con el producto.

**Empaque:** Es el nombre genérico para un envase o embalaje. Puede explicarse como un sistema que comprende la preparación de mercancías para su transporte, distribución, almacenamiento, ventas y uso.

**Forma Farmacéutica:** es la disposición individualizada a que se adaptan los fármacos (principios activos) y excipientes (materia farmacológicamente inactiva) para constituir un medicamento. O dicho de otra forma, la disposición externa que se da a las sustancias medicamentosas para facilitar su administración.

**Defecto crítico:** Es aquel defecto que impide la comercialización del producto, porque puede poner en peligro la vida del usuario, por ejemplo presencia de partículas extrañas en inyectable.

**Defecto mayor:** Defecto que aunque no es crítico, disminuye en forma considerable la utilización o comercialización del producto; por ejemplo un jarabe sin banda de seguridad.

**Defecto menor:** Es un defecto asociado más que todo a la apariencia física del envase o el empaque pero que no afecta la estabilidad del producto; por ejemplo, la etiqueta manchada.

**6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:**

N°	Actividad	Cargo Responsable	Registro
1.	<p><b>Recibir los medicamentos y dispositivos médicos:</b> Cuando un pedido llega al Servicio Farmacéutico del proveedor, el auxiliar debe verificar que el pedido corresponda al servicio y autoriza el descargue.</p> <p>En el descargue debe verificar el estado de las cajas las cuales se colocan en la zona de recepción, clasificándolas de acuerdo al número de traslado o factura con que ingresa. La cantidad de cajas debe coincidir con el número de unidades de la guía de transporte.</p> <p>En la guía de transporte el encargado debe diligenciar su nombre completo, cedula, fecha y hora, firmar la documentación y escribir la leyenda "se recibe sin verificar el contenido", "se recibe sin novedad" o con la leyenda de la novedad encontrada.</p>	<p>Regentede Farmacia y/o Auxiliar de farmacia</p>	<p>Guía de transporte</p>
2.	<p><b>Inspección técnica y administrativa de los dispositivos médicos y medicamentos:</b> Identificar la cantidad total del producto a recepción según el documento de entrada de cada producto y colocarlo en el área de inspección (Los productos de gran volumen se inspeccionan en el área de recepción), se debe tener en cuenta la cantidad del producto que se está recepcionando para definir el tamaño de muestra según la tabla militar estándar, se le realiza inspeccion de cada producto Según la Norma Técnica NTC-ISO 2859 teniendo en cuenta los defectos que se pueden encontrar en cada forma farmacéutica.</p> <p>Revisar para la cadena de frio, la guía del transportador para verificar la fecha de despacho contra la fecha de llegada, se debe destapar la nevera y observar el estado de los geles o pilas e inmediatamente por unos 5 minutos tomar la temperatura con el termómetro y dejar evidencia en el acta de recepción manual o sistematizada. Si la temperatura está en los rangos establecidos de 2 a 8 °C proceder a la recepción técnica, si está por fuera de éstos ingresar a cuarentena de nevera, informar al proveedor para su devolución.</p> <p>Los Medicamentos de Control Especial al igual que los de cadena frio se deben priorizar en su recepción y almacenar inmediatamente cumplida la recepción en el sitio adecuado.</p> <p>Realizar la comparación de condiciones administrativas de los productos a recepcionar (cantidades, marcas, códigos, documentos de entrada). Si se encuentra alguna novedad</p>	<p>Director técnico</p> <p>Auxiliar de farmacia</p>	<p>Documento de entrada (Factura o traslado)</p> <p>Tabla Militar estándar</p> <p>Acta de recepción técnica y administrativa.</p>

N°	Actividad	Cargo Responsable	Registro
	<p>administrativa se informa al proveedor determinado para la gestión respectiva.</p> <p>Para realizar la recepción técnica se inicia tomando la muestra aleatoria utilizando la tabla militar Estándar, se verifican los posibles defectos de acuerdo a la forma farmacéutica del producto.</p> <p>En caso de encontrar algún defecto, la misma Acta de recepción tiene asignados cuales son críticos, mayores o menores, con lo cual se define su aceptación o rechazo según La tabla NAC establecido en la "Tabla militar estándar". (Ver anexo 1) y registrar en el formato "Acta de Recepción técnica y administrativa" manual o sistematizada.</p> <p>Todos los defectos encontrados en el mes se consolidan en el Formato de defectos de recepción con el objetivo de indicadores del mes por servicio.</p> <p>Los cuadros de defectos diligenciados en esta actividad de recepción serán incorporados en el procedimiento de Adquisición para la valoración de proveedores.</p>		
3.	<p><b>Recepción de Medicamentos y Dispositivos Médicos del programa de seguridad del paciente:</b></p> <p>Para los medicamentos de Alerta después de hacer recepción técnica y administrativa, se les debe colocar el identificativo de alerta de acuerdo a cada producto para garantizar la estrategia de seguridad del paciente implementada.</p> <p>Para los medicamentos y dispositivos médicos que son muestra médica (M.M) se debe hacer la recepción técnica y administrativa, ubicándolos posteriormente en el área de cuarentena bajo llave y solo son para los pacientes trasplantados y los debe manejar el personal encargado.</p> <p>En la recepción se tiene en cuenta las listas de productos reportados por Farmacovigilancia y Tecnovigilancia para bloquear la entrada de estos productos al Servicio Farmacéutico.</p>	<p>Coordinador de Servicio Farmacéutico</p> <p>Auxiliar de farmacéutico.</p>	<p>Acta de recepción técnica y administrativa.</p>
4.	<p><b>Bloqueo de productos en la recepción:</b></p> <p>De acuerdo al resultado de la verificación técnica y administrativa según directrices de este procedimiento, se tomara la decisión de Aceptar si el medicamento cumple o Rechazar el producto si no cumple con las normas establecidas.</p> <p>Además en la recepción el Servicio Farmacéutico identifica las marcas nuevas que ingresan, notificando al Director Técnico y al Regente de Farmacia para autorizar la nueva marca e ingresarla si es necesaria a los programas de F.V y T.V.</p>	<p>Regente de Farmacia y/o</p> <p>Auxiliar de farmacia</p>	<p>Acta de recepción técnica y administrativa.</p>

N°	Actividad	Cargo Responsable	Registro
5.	<p><b>Trámites de legalización de recepción:</b>  <b>Actualización del Listado Básico de Medicamentos y Dispositivos Médicos:</b>                      Con base en las actas de recepción técnica se alimenta el listado básico, el auxiliar de farmacia debe diligenciar la información solicitada en él de acuerdo con las características de cada tipo de medicamentos o dispositivos médicos. Dentro de estas características esta la fecha de vencimiento, condición de almacenamiento y grupo de producto para su identificación.</p> <p><b>Consolidado insumos recibidos:</b>                      El acta de recepción, se plasma las cantidades de todos los medicamentos y dispositivos médicos recibidos diariamente el cual permite realizar trazabilidad de los productos y detectar oportunamente los productos que llegan con menos de 8 meses de fecha de vencimiento, notificando al regente de Farmacia para su gestión.</p> <p><b>Legalización de las facturas:</b>                      Una vez finalizada la actividad de recepción, con la respectiva aceptación de los productos, se procede a legalizar las facturas y documentos respectivos al sistema de información ingresando el inventario a disponibilidad dentro del servicio farmacéutico.</p>	Regente de Farmacia	Acta de recepción Listado Básico Consolidado de Insumos recibidos Documento de entrada o salida (Factura o traslado)
6.	<p><b>Trámite de devoluciones de productos no aceptados u otro tipo de devoluciones:</b>                      Si el lote es rechazado al momento de la recepción se procede a realizar la devolución respectiva diligenciando el formato Acta de devolución, adjuntando los datos de número de cajas y valor de la devolución para solicitar la autorización y proceder a devolver los productos al proveedor. s.</p>	Regente de farmacia Regente de Farmacia	Acta de devolución Traslado de inventario del sistema

#### 7. CONDICIONES GENERALES

- Se debe garantizar que todo producto que ingrese al Servicio Farmacéutico se le haga recepción técnica y administrativa.
- Los productos de programas especiales que ingresan al Servicio Farmacéutico para enfermedades de Epidemiología serán recepcionados por este departamento de la Institución prestadora del servicio de Salud, pero serán almacenados dentro del Servicio Farmacéutico.

#### 8. FRECUENCIA DE REVISION DEL PROCEDIMIENTO

Cada año.

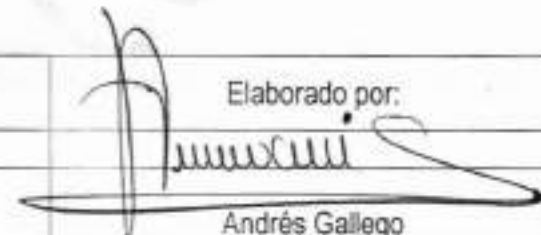
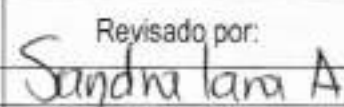
**9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Decreto 2200 de junio de 2005  
 Decreto 677/95  
 Resolución 1478 de 2006  
 Resolución 1403 de 2007  
 Norma Técnica NTC-ISO 2859  
 Clasificación de defectos técnicos  
 Listado de productos no autorizados por Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

**7. ANEXOS**

**Anexo 1.** Tabla militar estándar.  
**Anexo 2.** Formato de devoluciones

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Gallego	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente

## CONTENIDO

### 1. OBJETIVO

Asegurar el correcto almacenamiento en el servicio farmacéutico para garantizar la calidad en los productos y disminuir el volumen de residuos y pérdidas originadas por malas prácticas de almacenamiento, garantizando las condiciones técnicas del fabricante, adecuadas condiciones higiénico-sanitarias y el cumplimiento de normatividad vigente.

### 2. ALCANCE

Aplica para el Servicio Farmacéuticos hospitalario y ambulatorio

#### LIMITES

Inicia con todos los medicamentos y dispositivos médicos destinados a ser almacenados, custodiados y controlados dentro del Servicio Farmacéutico hasta el alistamiento del procedimiento de distribución y/o dispensación.

### 3. RESPONSABLES

Regente de Farmacia.

### 4. DEFINICIONES

**Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA):** Conjunto de normas mínimas obligatorias de almacenamiento que deben cumplir los abastecimientos de importación, distribución, dispensación y expendio de productos, respecto a las instalaciones, equipamientos y procedimientos operativos, destinados a garantizar el mantenimiento de las características y propiedades de los productos. Las mismas incluyen las operaciones de almacenamiento, distribución y transporte.

**ALMACENAMIENTO:** Es el proceso mediante el cual el Servicio Farmacéutico, asegura la calidad de sus medicamentos y dispositivos médicos, durante su permanencia en el Servicio Farmacéutico, de tal manera que en el momento de su dispensación conserven la función para la cual fueron diseñados.

**CUARENTENA:** Área físicamente separada e identificada con el objetivo de almacenar tres tipos de productos, Medicamentos y Dispositivos médicos con problemas de calidad detectados en los procedimientos del Servicio Farmacéutico, Medicamentos y Dispositivos médicos próximos a vencer en el mes en curso o el mes siguiente.

**CADENA DE FRÍO:** proceso por el cual se asegura la conservación de las especificaciones técnicas de refrigeración con las que fueron fabricados los medicamentos, vacunas, productos inmunobiológicos y dispositivos médicos que requieran esta condición; este proceso contara con cuartos fríos, refrigeradores o congeladores, provistos de mecanismos que regulen la temperatura y plan de emergencia que garantice el mantenimiento de la cadena de frío, en caso de interrupciones de la energía eléctrica.

**CLASIFICACION ABC:** Es un método de clasificación que se caracteriza por agrupar los productos por orden alfabético.



**MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES:** Son medicamentos que se deterioran cuando entran en contacto con un exceso de luz.

**MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES:** Son aquellos que deben ser conservados entre 2 y 8°C ya que pueden perder potencia o descomponerse.

**TEMPERATURA AMBIENTE:** Es la temperatura normal en la cual la gran mayoría de los medicamentos se deben almacenar, los niveles normales son entre 15 y 30°C.

**VACUNAS:** es una suspensión de microorganismos vivos, inactivados o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Es la fecha colocada en la caja o en la etiqueta de un medicamento o dispositivo médico que identifica el tiempo en el que el producto habrá de mantenerse estable, si se lo almacena bajo las condiciones recomendadas, luego de la cual no debe ser utilizado.

**CLASIFICACION LASA (Look Alike – Sound Alike):** Clasificación de identificación de potencial de error según el programa de Seguridad del Paciente del Servicio Farmacéutico, las siglas LASA significan Look Alike – Sound Alike. ("se ve igual suena igual"). La identificación consiste en colores que determinan que potencial de error puede tener el medicamento.

**CLASIFICACION FEFO (First Expired – First out)** Metodología de almacenamiento donde se ubican los Medicamentos y Dispositivos de acuerdo a la proximidad de la fecha de vencimiento cumpliendo la leyenda Primero en Expirar, Primero en Salir.

**GESTIÓN DE INVENTARIOS:** Actividad transversal a la cadena de abastecimiento, que constituye uno de los aspectos logísticos más complejos a la hora del aprovisionamiento del servicio farmacéutico.

**GESTION DE AVERIAS:** Consiste en la gestión que realiza el Servicio farmacéutico con los productos que sufren averías o presentan alguna no conformidad de calidad, en los procesos propios del Servicio Farmacéutico como son Recepción, Almacenamiento y Distribución.

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Nº	Actividad	Cargo Responsable	Registro
1.	<p><b>Ubicación de los productos en el área de almacenamiento</b></p> <p>Una vez determinados los productos a ser almacenados se procede a ubicarlos en el área asignada, según la característica especial de cada medicamento o dispositivo médico. Se debe seguir un orden por forma farmacéutica y luego por orden alfabético y según la clasificación FEFO (primero en expirar, primero en salir) para los medicamentos, para los dispositivos médicos se almacenan según la clasificación del riesgo y luego en orden alfabético. Las áreas siempre deberán estar separadas e identificadas.</p> <p>Además se tiene en cuenta la condición de temperatura registrada en el</p>	Regente de Farmacia	N.A

	<p>Listado Básico de Medicamentos y Dispositivos Médicos de la Institución.</p> <p><b>Ubicación según característica Legal:</b> Se ubican los productos según su condición técnico-legal, es decir, Medicamentos de Control Especial, Medicamentos con cadena de frío, y según forma farmacéutica y orden alfabético.</p>		
2.	<p><b>Rotulación según característica LASA</b> Se debe tener presente en el almacenamiento la rotulación LASA, la clasificación de los medicamentos para LASA se define según disposición del Comité de Seguridad del Servicio Farmacéutico y se clasifica de la siguiente manera: Rotulo amarillo: Ortográficamente y fonéticamente parecidos. Rotulo azul: Apariencia semejante. Rotulo naranja: varias concentraciones. Rotulo rojo: Medicamentos alerta. Esta rotulación se puede utilizar si es necesario para dispositivos médicos.</p>	Regente de Farmacia	Listado de Medicamentos LASA del Servicio Farmacéutico
3.	<p><b>Control de factores ambientales, plagas y roedores</b></p> <p><b>Condiciones Ambientales:</b> Revisión y registro diario (Método Manual) los datos son almacenados y graficados y pueden ser consultados en cualquier momento. (Temperatura ambiente, humedad relativa) y Temperatura de refrigeración. En caso de registros por fuera de los rangos permitidos para los factores ambientales, adoptar las acciones correctivas según GS007 Guía de buenas prácticas de almacenamiento, dejando registro de las acciones realizadas. Cada mes se debe consolidar y analizar la gráfica del área para definir si es necesario acciones de mejora.</p> <p>La temperatura ambiente no debe exceder los <b>25°C</b>, la humedad debe estar <b>máximo en 70%</b>, la temperatura de la nevera de medicamentos debe estar entre 2°C y 8°C.</p> <p><b>Cronograma de calibración:</b> Se debe garantizar que cada año los instrumentos de medición sean calibrados ante un proveedor certificado, de acuerdo a la programación definida por el Servicio Farmacéutico o la institución. La calibración y mantenimientos realizados deben reposar con la Hoja de Vida de los equipos.</p> <p><b>Aseo y Limpieza:</b> Se debe realizar diariamente Aseo y limpieza de las áreas de almacenamiento de Medicamentos y dispositivos médicos a cargo de personal Técnico profesional en Servicios Farmacéuticos, el aseo debe estar definido por cuadro de turnos y de monitoreo constante. El aseo</p>	Regente de farmacia	<p>Registro de Control de factores ambientales</p> <p>Certificado de Calibración</p> <p>Hojas de vida de Equipos de medición</p> <p>Hojas de vida de Medio Refrigerante</p> <p>Cronograma de calibración anual</p> <p>Cronograma de aseo y limpieza</p> <p>Control a la mitigación de plagas y roedores</p>

	<p>general se realiza por medio de la empresa contratada para tal fin con el cubrimiento de Pisos, paredes, ventanas y de las áreas Administrativas.</p> <p><b>Control de plagas y roedores:</b> Para el control de plagas y roedores se hacen fumigaciones periódicas por parte de la entidad con la empresa contratada según cronograma anual de fumigación. Se debe dejar evidencia de la realización de la Fumigación.</p>		
<p><b>4.</b></p>	<p><b>Controles de fechas de vencimiento</b></p> <p>El control general consiste en identificar en los últimos 10 días de cada mes cuales productos se vencerán en los próximos 4 meses, los productos que se van a vencer en el mes en curso o en el siguiente mes se deben colocar en el área de cuarentena, los productos que expiren en los siguientes 3 meses se rotulan con la leyenda "Este Medicamento o Dispositivo Medico está próximo a vencer utilizar primero". <b>SEPARAR MEDICAMENTOS PROXIMOS A VENCER EN AREA MARCADA PROXIMOS A VENCER.</b></p> <p>El control de fechas de vencimiento se realiza en varias etapas:</p> <p><b>4.1</b> Garantizar la revisión del 100% de los productos en cada servicio, diligenciando el formato de control de fechas de vencimiento.</p> <p><b>4.2</b> Cada mes se filtra del listado básico los productos de los próximos cuatro meses para ser compartida con los Coordinadores de cada Servicio para su verificación física y completar el reporte de las otras etapas.</p> <p><b>4.3</b> En el servicio de hospitalización se cuenta con un listado de control de fechas de vencimiento para medicamentos y dispositivos médicos, estos se controlan devolviendo con 2 meses de anticipación a la fecha de vencimiento al Servicio Farmacéutico para su gestión de rotación en otro servicio o devolución al proveedor.</p> <p><b>4.4</b> En recepción técnica se bloquean los productos que tengan menos de 8 meses de fecha de vencimiento, reportando su entrada a cada Coordinador para su decisión de liberación o devolución.</p> <p>Cuando se toma la decisión de liberación se debe hacer seguimiento hasta el día antes de su expiración para evitar utilizar medicamentos vencidos.</p>	<p>Coordinadores de servicios farmacéuticos</p> <p>Técnicos profesionales en Servicios Farmacéuticos</p>	<p>Formato de control de fechas de vencimiento.</p> <p>Listado Básico de Medicamentos y Dispositivos Médicos del Servicio Farmacéutico.</p> <p>Listado de medicamentos vencidos para desnaturalizar</p>
<p><b>5.</b></p>	<p><b>Control de averías</b></p> <p>Regente de Farmacia debe realizar corte al último día del mes y reportar el consolidado de las averías, para manejo de indicadores. En caso de averías que provoquen derrame deben tratar con el kit de derrames según la Guía de Buenas prácticas de Almacenamiento.</p>	<p>Regente de Farmacia</p>	<p>Acta de averías Interna</p>

<p><b>6. Gestión de inventarios</b></p> <p><b>Inventarios cíclicos:</b> Diariamente se deben realizar conteos según lo estipulado en la Clasificación ABC por costo. Se comparan los conteos contra el sistema de información y si hay alguna diferencia se trata de identificar la causa. Si la inconsistencia persiste se revisa el historial de movimiento del producto buscando encontrar la diferencia o establecer el ajuste del inventario el cual se realiza trasladando la existencia del Sistema de información a la bodega de problemas lógicos y continuar su revisión sin perjudicar el inventario real.</p> <p><b>Inventarios Generales:</b> Semestralmente con base en la programación generada por el Comité de inventarios se hace el inventario general de los medicamentos y dispositivos médicos de la ESE.</p> <p><b>Ajuste al inventario</b> El regente del servicio Farmacéutico, semestralmente genera el informe de las bajas de inventario especificando la razón de la misma (Averías, Vencimientos, Productos no conformes, uso interno, etc.) realizando así la baja del inventario y generando control en el mismo. Los productos de Uso interno son los que siendo del inventario legal son usados para limpieza (Alcohol, gasa), botiquín (Medicamentos y Dispositivos del listado de Botiquín), Guardianes de seguridad (Almacenamiento de residuos), etc. Los productos no conformes son los detectados en Recepción, Almacenamiento y Distribución con defectos de calidad o funcionalidad que deben ser devueltos al proveedor, a estos se les realiza devolución directa al proveedor para su gestión.</p>	<p>Regente de Farmacia</p>	<p>Conteos cíclicos físicos diarios Informe de Inventario General</p> <p>Documentos de salida de inventario</p>
<p><b>7. Disposición final de residuos medicamentosos y similares</b> Con Convenio establecido</p>	<p>Regente de Farmacia Comité de Farmacia</p>	<p>Registro de recogida de residuos.</p> <p>Certificado de incineración.</p>

## 6. CONDICIONES GENERALES

### 6.1. SOBRE LAS ÁREAS DE ALMACENAMIENTO DEL SERVICIO FARMACEUTICO

Todas las áreas del Servicio Farmacéutico deben ser diseñadas y construidas teniendo en cuenta el volumen histórico y actual de recursos, personal y procedimientos realizados dentro de la misma con la finalidad de tener espacios óptimos y que generen un ambiente laboral agradable y que permita la fácil limpieza, orden y aseo, la monitorización de ambientes, evitando contaminación externa y cruce de contaminación.

El mantenimiento a las áreas de almacenamiento y de todo el Servicio Farmacéutico se realiza bajo solicitud por sistema de información de la institución contratante para garantizar la reparación y la buena imagen del servicio.

6.2 Plan de contingencia condiciones ambientales

En caso de presentar desviación de las condiciones ambientales del servicio farmacéutico, pérdida de cadena de frío por daño en la nevera, se cuenta con la disponibilidad inmediata de la nevera del servicio de hospitalización para garantizar las condiciones a los medicamentos que así lo requieren. Los cuales son trasladados en nevera de icopor y pilas, para garantizar cadena de frío. Para las demás condiciones verificar el documento Código: 400.18.06. Plan de contingencia E.S.E Hospital Carisma.

7. ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS BAJO CUSTODIA

Por Comité de Farmacia, está estipulado solo recibir bajo custodia medicamentos antiretrovirales. Se almacenan en un sitio identificado como medicamentos de custodia, perteneciente a los pacientes cuyo tratamiento es entregado en la EPS.

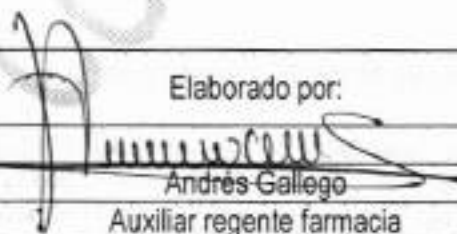
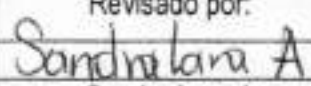
Se marca en la bolsa con el nombre del paciente para que quede totalmente identificado y se hace acta de recepción.

8. FRECUENCIA DE REVISION DEL PROCEDIMIENTO

Cada año.

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guía de Buenas prácticas de almacenamiento
- Resolución 371 de 2009 ("Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos").
- Decreto 2200 de 2005
- Decreto 4725 de 2005 (por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano).
- Decreto 4741 de 2007 (por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral)
- Resolución 1403/07
- Listado de Medicamentos LASA del Servicio Farmacéutico
- Documento código 400.18.06 Plan de contingencia.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Gallego	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Garantizar una adecuada distribución intrahospitalaria y de stock de medicamentos y dispositivos médicos que cumplan con las condiciones legales y técnicas para su producción y comercialización.

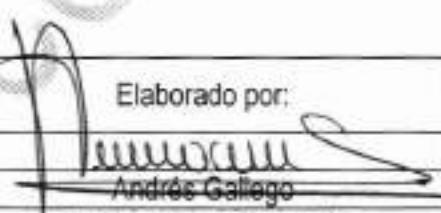
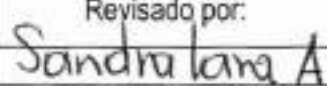
**Alcance:** Este procedimiento aplica para todas las actividades a la distribución intrahospitalaria de reserva de medicamentos y dispositivos médicos de emergencia.

Responsable: Regente de Farmacia.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<p>Listado Básico de medicamentos y dispositivos médicos institucional</p> <p>Pedidos generados desde el servicio de hospitalización para pacientes de hospital total y hospital día.</p> <p>Usuario con necesidad identificada de adquisición de medicamentos y/O dispositivos médicos.</p>	<p>Internet</p> <p>Equipo de computo</p> <p>Software</p>
ASPECTOS A TENER EN CUENTA	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Comunicar la información al usuario y al personal de enfermería de forma clara sobre el uso racional de los medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Tener claro sobre los efectos secundarios y efectos adversos de los medicamentos.</p> <p>Manual de gestión de procesos y procedimientos del servicio farmacéutico.</p> <p>Programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia</p>	<p>Usuario informado sobre la administración y uso racional de los medicamentos</p> <p>Errores en la prescripción detectados antes de realizar el suministro de los medicamentos al paciente</p> <p>Medicamentos disponibles en el servicio farmacéutico.</p> <p>Usuario informado sobre efectos secundarios y reacciones adversas a medicamentos y sobre qué hacer en caso se presente alguna.</p>

ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENT DE REGISTRO
Distribución de stock: Definir servicios que requieren manejo de stock (carro de paromedicamentos de control especial.	Cofyte	Acta comité de farmacia y terapéutica
Asignar responsable en casa servicio para el manejo de stock	Cofyte	Acta comité de farmacia y terapéutica
Definir listado de stock, cantidad de medicamentos y dispositivos médicos, tiempo para la reposición teniendo en cuenta: consumo histórico, perfil epidemiológico y frecuencia de reposición.	Cofyte	Acta comité de farmacia y terapéutica
Evaluar y ajustar el listado de stock, cantidad y tiempo de reposición de cada servicio.	Cofyte	Acta comité de farmacia y terapéutica.
Elaborar acta de aprobación de stock	Cofyte	Acta de aprobación de stock
Socializar las normas de los stock y listados de stock	Cofyte	
Fijar el listado de stock en un lugar visible del servicio de hospitalización (carro de paromedicamentos de control)	Regente de farmacia	
Definir horario con el servicio de hospitalización para la reposición de stock	Regente de farmacia-enfermero jefe	
Para los medicamentos de control especial indispensable orden médica con su respectiva formula de control.	Personal de enfermería	Formula de control especial
Visitar periódicamente los servicios que tiene stock y verificar: inventario con respecto a los listados definidos. Estado de los medicamentos, condiciones de almacenamiento y fechas de vencimientos	Jefe de enfermería regente de farmacia	Formato Revisión de stock
Si se encuentra alguna inconsistencia actuar según políticas definidas por las normas e stock y tomar acciones correctivas y realizar seguimiento	Cofyte -jefe de enfermería regente de farmacia	Formato revisión de stock
<b>DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS PARA 24 HORAS</b>	COFYTE	
Generar desde el servicio de hospitalización los pedidos diariamente por sistema control kardex.	Personal de enfermería	Pedido medicamentos por sistema xenco
Enviar al servicio farmacéutico la solicitud de pedidos de	personal	Pedido por sistema xenco

medicamentos y material médico en caso de cambio de dosis o ingresos de nuevos pacientes generados desde el sistema xenco.	enfermería	
Alistamiento y entrega de pedidos al servicio de hospitalización control de visor historias clínicas	Auxiliar de farmacia	
Verificar que los medicamentos alistados contenga nombre del medicamento, fechas de vencimientos, concentración número de lote y nombre del laboratorio fabricante	Personal de enfermería	
Efectuar devolución de medicamentos y dispositivos médicos al servicio farmacéutico indicando motivo de devolución	Personal de enfermería	
Verificar que los medicamentos e insumos devueltos por el servicio de enfermería estén debidamente rotulados y conservados, para ser ingresados al módulo de inventarios.	Regente Farmacia	Entrada medicamentos inventario xenco
Visitar periódicamente el servicio de hospitalización y verificar: estado de medicamentos, condiciones ambientales de almacenamiento, y fechas de vencimiento.(listado carro de paro y medicamentos de control especial)	Control interno	
Si se encuentra alguna inconsistencia actuar según políticas definidas por las normas y tomar acciones correctivas y realizar seguimiento	Regente de farmacia	Acta de visita servicio de hospitalización

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Gallego	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente



## CONTENIDO

### 1. OBJETIVO

Garantizar el suministro oportuno, seguro, eficiente y suficiente de medicamentos y dispositivos médicos a todos los pacientes de los servicios hospitalarios y ambulatorios de la E.S.E Carisma.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento inicia desde la orden Médica y solicitud de enfermería hasta la dispensación oportuna y completa de los medicamentos y Dispositivos Médicos.

### 3. RESPONSABLE

Regente de Farmacia

### 4. DEFINICIONES

**Distribución Física de Medicamentos y Dispositivos Médicos:** Es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento o dispositivo médico que se encuentra en el servicio farmacéutico sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico o el establecimiento farmacéutico, estableciéndose vínculos entre el prestador del servicio, el usuario y los canales de distribución.

**Dispensación:** Es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado realizada por el Químico Farmacéutico y el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la Droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia la información que debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los aspectos siguientes: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y, la importancia de la adherencia a la terapia.

**Orden Médica:** Es un documento escrito donde el médico prescribe servicios y/o tratamientos para el paciente.

**Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con sin sustancia auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento curación o rehabilitación de la enfermedad. los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

**Medicamentos de control especial:** medicamento que se maneja con estricta supervisión por la dirección seccional de salud, por presentar riesgos en su uso

**Dispositivos Médicos:** El término dispositivo médico define a instrumentos, aparatos, materiales, y otros artículos, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, para ser usados solos o en combinación y ser aplicados en seres humanos, destinados principalmente al diagnóstico, prevención, monitoreo, tratamiento y alivio de enfermedades, daño

o incapacidad. Además son utilizados en investigación, reemplazo o modificación de la anatomía, en los procesos fisiológicos y el control de la concepción.

**Carro de paro:** es una unidad móvil y compacta que asegura, garantiza e integra los equipos, medicamentos e insumos necesarios para atender en forma inmediata una emergencia o urgencia tras la activación de un código azul que amenace inminentemente la continuidad y conservación de la vida.

**Cadena de frío:** Es una cadena de suministro de temperatura controlada que garantiza a un consumidor que el producto que recibe, se ha mantenido durante la producción, transporte, almacenamiento y venta dentro de un rango de temperatura entre 2 y 8 grados

**Medicamento LASA:** Los medicamentos LASA deben su nombre al término en inglés "look alike, sound alike", que se traduce en "se parecen, suenan igual", y aluden a los fármacos con similitudes que pueden llegar a confundir a la hora de dispensarlos, y que para la disminución de estos errores se hace necesario implementar mecanismos de identificación

**Carro de distribución:** Unidad móvil y compacta que asegura el almacenamiento intermedio de medicamentos e insumos para ser distribuidos.

## 5. LINEAMIENTOS GENERALES

### 5.1 Sobre las Condiciones Mínimas para el Alistamiento:

Se deben considerar las siguientes condiciones al momento de realizar el alistamiento y la distribución:

Se debe conocer y entender la Clasificación LASA (Ver Procedimiento de Almacenamiento) para realizar las actividades que se direccionan para cada situación específica enfocadas a la Seguridad del Paciente.

Se deben practicar los cinco correctos (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, concentración correcta) en cada momento del alistamiento y Distribución de productos farmacéuticos.

Solo se puede Alistar un paciente a la vez, teniendo solo el cajetín, bolsa o medio de transporte de este paciente abierto, sin colocar o tener medicamentos de otros pacientes sobre el sitio de trabajo.

Los medicamentos de nevera son los últimos en alistar y primeros en dispensar. Ver Procedimiento Cadena de frío.

Los medicamentos de control especial solo se alistan si cumplen con fórmula de control especial según normatividad vigente. Ver Procedimiento de Manejo de Medicamentos de Control Especial.

### 5.2 Sobre el Control y Seguimiento de los Medicamentos y Dispositivos Médicos NO POS:

Se realizará por parte de la auxiliar administrativa de la E.S.E Carisma la verificación de medicamentos No pos, enfermería diariamente (asignación botiquín, 1, 3 y 4) debe realizar informe de pacientes a los cuales les prescriben medicamentos no pos y enviarlo a la auxiliar administrativa. (Ingresos y hospitalizados).

### 5.3 Controles y auditoria a la actividad de Alistamiento:

Para el servicio de Hospitalización se realizará semanalmente, en forma aleatoria 2 carros de medicamentos, en estos el enfermero de turno auditará al 10% de las formulaciones alistadas.

Auxiliares que presentan fallas repetitivas (dos o más) se le realizará la auditoría en dos turnos siguientes se le realizará retroalimentación.

**5.4 Personal autorizado por la E.S.E para solicitar y recibir los medicamentos y dispositivos médicos:**

La entrega de los medicamentos y dispositivos médicos se realiza a los auxiliares de enfermería por el personal del servicio farmacéutico.

**5.5. Plan de contingencia**

Como plan de contingencia en caso de no disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos médicos, se cuenta con una caja menor en el servicio de enfermería que es utilizada con previa autorización del Subdirector Científico de la ESE.

**6. RECURSOS NECESARIOS**

**6.1 Humanos**

Regente de Farmacia . .

\*Auxiliar de farmacia

Auxiliar de enfermería,

**6.2 Materiales y equipos**

Carro de distribución

Medio magnético

Impresoras

**7. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO**

N°	Actividad	Cargo Responsable	Registro
1.	<p><b>Recepción y verificación de las órdenes médicas y/o enfermería:</b> Se reciben las solicitudes u orden de Medicamentos Dispositivos Médicos de forma manual o a través del sistema de información. Las solicitudes deben contener como mínimo la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nombre del Prestador de Servicios de Salud o Profesional de la Salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.</li> <li>2. Lugar y fecha de la prescripción.</li> <li>3. Nombre del paciente y documento de identificación.</li> <li>4. Número de la historia clínica</li> <li>5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).</li> <li>6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).</li> <li>7. Concentración y forma farmacéutica.</li> <li>8. Vía de administración.</li> <li>9. Dosis y frecuencia de administración.</li> <li>10. Período de duración del tratamiento.</li> <li>11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.</li> <li>12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.</li> <li>13. Vigencia de la prescripción.</li> </ol>	Regente de Farmacia	Orden de medicamentos y dispositivos médicos emitidos por la entidad

	<p>14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.</p> <p>Nota: solo se autorizan las solicitudes manualmente cuando se dé una falla en el sistema, una vez restablecido se debe actualizar el sistema, de esta forma legalizando las órdenes médicas.</p> <p><b>Descargar pedido de enfermería por sistema XENCO</b> El listado es descargado desde el sistema XENCO para verificar medicamentos y dispositivos médicos prescritos para cada uno de los pacientes Hospitalizados. Ruta: xenco/ Impresión/ generador de reportes/movimientos/pedido enfermería. Para 24 horas y el fin de semana para tres días desde el día viernes.</p> <p>Pedido colectivo: se solicita en sistema xenco los días miércoles y el martes si cae festivo.</p>		
<p>2.</p>	<p><b>Alistamiento de medicamentos y dispositivos médicos:</b> Se alista el medicamento por paciente en el cajetín, contenedor o bolsa, según el número de la kardex de la prescripción médica, según el modelo de distribución en dosis unitaria para 24 horas.</p> <p>El alistamiento de los dispositivos médicos se realiza de igual manera que los medicamentos, empacados en bolsas con la identificación respectiva de cada paciente. Luego por parte de enfermería los medicamentos y dispositivos se ubican en el respectivo cajetín de cada paciente en el carro de medicamentos para su distribución.</p> <p>Los medicamentos considerados multidosis, para el momento de la entrega se les deben identificar con el sticker donde se marca la fecha de apertura del medicamento y la fecha de vencimiento (responsabilidad de Enfermería)</p>	<p>Regente de Farmacia Auxiliar de enfermería.</p>	<p>Orden de medicamentos emitidos por la E.S.E.</p> <p>Seguimiento a la Oportunidad de las Solicitudes</p> <p>Formato de Registro de Pendientes</p>
<p>3.</p>	<p><b>Alistamiento verificando condiciones de seguridad:</b> Seleccionar los medicamentos y dispositivos médicos verificando los cinco correctos (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, concentración correcta, vía de administración correcta), y teniendo en cuenta la clasificación LASA para medicamentos en el almacenamiento, analizando la condición de riesgo de error de cada medicamento en específico. Ver Procedimiento de Almacenamiento.</p> <p>Verificar que lo pedido sea lo que se está entregando en nombre y cantidad solicitada. Si los medicamentos están en la Lista de Medicamento de dosis</p>	<p>Regente de Farmacia</p>	<p>Orden de medicamentos</p>

	máximas se debe verificar contra prescripción la dosis solicitada y si no concuerdan se debe informar al administrativo de turno para su gestión con el médico tratante.		
4.	<p><b>Alistamiento de Medicamentos de Control Especial:</b> Verificar que los medicamentos de Control y Monopolio del Estado estén prescritos <b>UNICAMENTE EN FORMULA DE MEDICAMENTOS DE CONTROL</b> además de lo anterior los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letra legible.</li> <li>• Todos los datos del formato diligenciados.</li> <li>• Fecha de elaboración no mayor a 15 días.</li> <li>• Duración del tratamiento especificada (para 1 mes).</li> </ul> <p>Cantidad que concuerde con la duración del tratamiento.</p> <p>En caso de paciente hospitalizado, será impresa la formula medica de control desde la Historia clínica en sistema XENCO.</p> <p><b>Nota: Se realizara custodia de medicamento de cada uno de los pacientes en el servicio farmacéutico y se dispensara para 24 horas.</b></p>	<p>Regente de Farmacia</p> <p>Auxiliar de servicio farmacéutico</p>	<p>Pedido</p> <p>Formula de Control Especial.</p>
5.	<p><b>Alistamiento de medicamentos de cadena de frío:</b> Realizar el alistamiento de los medicamentos solicitados cuya condición de almacenamiento sea de cadena de frío. Cumpliendo la siguiente premisa "es el último en alistar y el primero en distribuir".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El alistamiento de los medicamentos de cadena de frío se debe hacer en nevera de icopor con suficientes geles congelantes para el transporte.</li> </ul>	Regente de Farmacia	
6.	<p><b>Entrega de medicamentos NO POS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sera función del servicio farmacéutico dispensar los medicamentos, verificar que se tenga el formato NO P OS diligenciado.</li> </ul>	<p>Auxiliar de Farmacia</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>	MIPRES diligenciado por el medico
7.	<p><b>Devolución de medicamentos y dispositivos médicos:</b> Devolver al servicio farmacéutico los medicamentos y dispositivos médicos de los pacientes a quien suspendan un medicamento y/o cambien el tratamiento. Los medicamentos y dispositivos médicos deben coincidir en cantidad físico con las descritas en el formato de devolución, se reciben en el servicio farmacéutico verificando las condiciones de calidad de los productos garantizando su idoneidad para volverlos a distribuir.</p>	Enfermería.	<p>Acta de devolución</p> <p>Formato de avería</p> <p>Fr- devolución.</p>
8.	<p><b>Entrega de medicamentos y dispositivos médicos a enfermería:</b> Los medicamentos y dispositivos médicos son desplazados por enfermería al servicio asistencial respectivo y se inicia el proceso de dispensación a cada uno de los pacientes.</p>	Enfermería	Orden de medicamentos formulado por la entidad contratante

			Formula de Control Especial.
9.	<p><b>CUSTODIA DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES (PROGRAMAS ESPECIALES)</b></p> <p>Aplica para casos especiales en donde el paciente debe traer a la Institución medicamentos propios que le son suministrados en IPS de especialidades diferentes a la E.S.E Carisma, VIH, Tuberculosis y otros. (NO APLICA PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL NI DE CADENA DE FRIO).</p> <p>a) Inicia con el reporte y la entrega por parte de portería de la existencia de dichos medicamentos al servicio farmacéutico.</p> <p>b) Verificación de condiciones de almacenamiento (cadena de frio, condiciones de empaque primario, etc).</p> <p>c) Aprobación por parte del servicio farmacéutico del ingreso y custodia, previamente conciliado con médico tratante en la E.S.E Carisma.</p> <p>d) Recepción de medicamentos (Portería entrega al servicio farmacéutico).</p> <p>e) Marcación de medicamentos de custodia (Nombre, cedula, medicamentos, cantidad inicial y posible fecha de egreso). Informar a enfermería con anticipación una semana antes de que se acabe el medicamento para solicitar cita o gestionar nueva entrega de medicamento del paciente.</p> <p>f) Termina realización la devolución de los medicamentos sobrantes al paciente, después de terminar su proceso de rehabilitación.</p>	<p>Portería</p> <p>Regente de Farmacia y/o auxiliar del servicio Farmacéutico.</p>	<p>FR- Recepción medicamentos custodia.</p>

## 8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Externos:
- \* Decreto 2200 de 2005
  - \* Resolución 1478 de 2006
  - \* Resolución 1403 de 2007
  - \* Lista de Medicamentos LASA

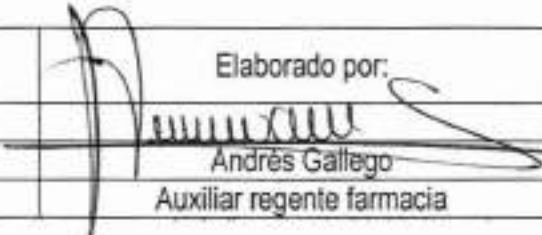
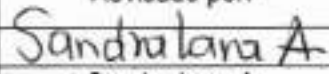
## 10. FORMATOS

- FR- Devolución medicamentos y dispositivos.
- FR- Devolución medicamentos de control especial.
- Formula de medicamentos de control especial.
- FR- Recepción medicamentos en custodia

10. ANEXOS

Documento plan de contingencia código 400.18.06 versión 01

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Gallego	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente

## 1. OBJETIVO

Diseñar e implementar el Programa de Atención Farmacéutica Integral (PAFI) para establecer medidas preventivas y correctivas sobre los Problemas relacionados con los medicamentos y los Resultados negativos a medicamentos y/o dispositivos médicos, por medio de las actividades de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico y seguridad en la medicación, contribuyendo así a desenlaces positivos en salud y mejora en calidad de vida de nuestros pacientes atendidos en la ESE Hospital Carisma.


## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar un programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia que permita definir los parámetros para garantizar la prevención, reporte, análisis y gestión de los Eventos Adversos detectados a Medicamentos (EAM) y dispositivos médicos.
- Detectar, prevenir, minimizar y solucionar los Resultados Negativos a la Medicación (RNM), mediante la intervención de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) en los pacientes que ingresan al programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Generar capacitación continua al personal del servicio farmacéutico y al personal asistencial de la E.S.E Hospital Carisma con el fin de fortalecer el uso racional de los productos farmacéuticos.
- Fortalecer el procedimiento de dispensación de medicamentos, mediante la entrega oportuna de información necesaria para su uso, fomentando en los pacientes, la adherencia y el conocimiento de su farmacoterapia.

## 3. ALCANCE

Inicia con la identificación de los pacientes y/o usuarios, mediante vigilancia activa y pasiva, reporte, análisis y gestión de eventos adversos o incidentes así como actividades de educación, promoción y prevención, para de esta forma contribuir a la política de seguridad del paciente de la E.S.E Hospital Carisma



	<b>PROGRAMA</b> <b>FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA</b>	Código: PR-GF-FYT-GA-H:07
		Versión: 02
		Fecha de Actualización: 20/09/2019

#### 4. RESPONSABLE

Subdirección científica, regente de farmacia

#### 5. DEFINICIONES GENERALES

- a. **Medicamento:** Es un producto farmacéutico, utilizado en o sobre el cuerpo humano para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para la modificación de funciones fisiológicas.
- b. **Farmacovigilancia:** Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos; con el fin de establecer una relación de causalidad entre la administración del medicamento y la aparición de un efecto nocivo, como también el de promover el uso seguro y adecuado de los medicamentos.
- c. **Farmacovigilancia Pasiva (Notificación espontánea):** Método de farmacovigilancia basado en la comunicación, recogida y evaluación de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos, realizadas por un profesional sanitario, incluyendo las derivadas de la dependencia a fármacos, abuso y mal uso de medicamentos.
- d. **Farmacovigilancia Activa (Farmacovigilancia Intensiva):** Se define como el monitoreo sistemático de la aparición de eventos adversos de un principio activo durante toda la etapa de prescripción.
- e. **Evento Adverso a Medicamentos (EAM):** Cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo. Según su relación de causalidad pueden ser clasificados en dos:

**Reacción Adversa Medicamentosa (RAM):** Es una respuesta a un fármaco que es nociva e involuntaria y que ocurre a las dosis normalmente usadas en el hombre para profilaxis, diagnóstico o terapia de alguna enfermedad o para modificación de sus funciones fisiológicas. Las RAM son consideradas RNM de seguridad que se manifiestan mediante un efecto nocivo o indeseado después de administrarse un medicamento.

Un evento adverso se diferencia de una reacción adversa en que no presupone causalidad. Aplicando los criterios de imputabilidad se podrá transformar un evento adverso en reacción adversa.

- f. **Problemas relacionados con los medicamentos (PRM):** Aquéllas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los Medicamentos.
- g. **Resultados Negativos a la Medicación (RNM):** son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.

Los RNM se clasifican según el Tercer Consenso de Granada en seis categorías unívocas y excluyentes:

**Necesidad:**

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

**Efectividad:**

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación (independiente de la dosis).

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación (dependiente de la dosis).

**Seguridad:**

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. (Independiente de la dosis).


El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento (dependiente de la dosis).

- h. **Errores de medicación:** Es cualquier evento prevenible que puede causar o conducir al uso inapropiado del medicamento o al daño del paciente, mientras que la medicación esté bajo control del profesional de la salud, el paciente o el consumidor. Tales eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los productos para el cuidado de la salud, los procedimientos y los sistemas, incluyendo la prescripción, la comunicación de las ordenes

medicas, el etiquetado, el empaque y la nomenclatura de los productos, el acondicionamiento, la dispensación, la distribución, la administración, la educación, la monitorización y el uso.

- i. **Uso Adecuado De Medicamentos:** Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.
- j. **Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT):** Es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con el medicamento de forma continuada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente .
- k. **Adherencia terapéutica:** La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas.
- l. **Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico:** Es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras. Se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar el "panorama" sobre la salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos del tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia.
- m. **Problema de salud (PS):** Cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente.
- n. **Estado de Situación:** Es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada. Se trata de una herramienta que permite analizar una "foto del paciente" a una fecha concreta. Se obtiene una "esquematación" de los problemas de salud y los medicamentos del paciente que permite disponer de una "visión general" sobre el estado de salud del mismo.
- o. **Intervención farmacéutica (IF):** Acción del farmacéutico tendente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de los mismos. Esta intervención se enmarca dentro de un plan de actuación acordado previamente con el paciente.

- p. **Tecnovigilancia:** Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de efectos indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a éstos efectos o características relacionados con éste riesgo, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.
- q. **Incidente adverso:** Potencial daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.
- r. **Evento adverso:** Daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.
- s. **Evento adverso serio:** Daño no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.
- t. **Incidente adverso serio:** Potencial riesgo de daño no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.
- u. **Evento adverso no serio:** Daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.
- v. **Incidente adverso no serio:** Potencial riesgo de daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.
- w. **Dispositivo médico para uso humano:** Se entiende por dispositivo médico para uso humano, cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y

	<b>PROGRAMA</b> <b>FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA</b>	Código: PR-GF-FYT-GA-H:07
		Versión: 02
		Fecha de Actualización: 20/09/2019

programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso.

- x. **Red de Tecnovigilancia:** Estrategia nacional de comunicación voluntaria y de trabajo colectivo, que busca articular, apoyar y coordinar el desarrollo de la Tecnovigilancia en Colombia, a través de la participación y comunicación activa entre cada uno de los integrantes del programa y la entidad sanitaria local o nacional.
- y. **Defectos de Calidad:** Cualquier característica física o química del dispositivo médico que está en contra de las especificaciones definidas por el fabricante y que sirvieron de base para la expedición del registro sanitario o permiso de comercialización por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, o que impida que el dispositivo médico cumpla de manera segura y efectiva con el uso previsto durante todo su ciclo de vida.
- z. **Fallas de Funcionamiento:** Mal funcionamiento o deterioro en las características y/o desempeño de un dispositivo médico, que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro de la salud.
- aa. **Protocolo de Londres:** Guía práctica que facilita la investigación clara y objetiva de los eventos e incidentes adversos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién fue el culpable.
- bb. **Barrera de seguridad:** Son las actividades o estrategias implementadas en cada proceso con el fin de evitar los errores de medicación o eventos adversos prevenibles
- cc. **Medicamento de alto riesgo:** Son aquellos medicamentos que en un uso no controlado pueden generar eventos adversos serios en el paciente. En el Servicio Farmacéutico se diferencian con el color rojo.
- dd. **Medicamento LASA:** Medicamentos que son rotulados de diferentes colores para generar alertas necesarias en el almacenamiento de estos productos, según las características del mismo. LASA, son siglas en inglés: "Look alike, sound, alike".

Existen cuatro colores:

1. Color Amarillo: Son aquellos medicamentos que son fonética y ortográficamente similares
2. Color Rojo: Son aquellos medicamentos alerta

3. Color Azul: Son aquellos medicamentos con apariencia similar
4. Color Naranja: Son aquellos medicamentos con el mismo principio activo pero de diferentes concentraciones

ee. **Cinco correctos para la dispensación:** Es una estrategia de autocontrol para verificar el alistamiento y la dispensación correcta según el paciente a tratar, estos son:

1. Paciente Correcto
2. Medicamento Correcto
3. Dosis correcta
4. Vía del medicamento correcta
5. Concentración de medicamento correcto

## 6. MARCO LEGAL

- **Decreto 2200 de 2005** por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. El Artículo 7 se refiere a la participación en programas de farmacovigilancia y al uso adecuado de medicamentos y antibióticos en la institución
- **Decreto 4725 del 26 de diciembre 2005**, por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano, donde se incluye el concepto de Tecnovigilancia.
- **Decreto 1011 de 2006** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se considera la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Resolución 1403 de 2007** por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos donde define el alcance de los programas de Farmacovigilancia institucional y nacional, estableciendo los programas institucionales de las IPS y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, así como la periodicidad de los reportes.
- **Resolución 004816 DE 2008:** Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia.

- **Resolución 1441 de 2013** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios. Establece que, todos los prestadores de servicios de salud deben tener programa de Farmacovigilancia además de realizar seguimiento a los riesgos inherentes a las complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales.
- **Resolución 2003 de 2014** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

## 7. CONDICIONES GENERALES

El proceso de Atención farmacéutica cuenta con cuatro programas principales, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, seguimiento Farmacoterapéutico y Seguridad en la medicación. (Figura 1)



Figura 1. Programa de Atención Farmacéutica Integral (PAFI). Tomado del programa de Atención Farmacéutica Integral (PAFI) de la Cooperativa de hospitales de Antioquia PS 028. Modificado el 25 Febrero de 2016.

Cada actividad se describe a continuación:

### 1. FARMACOVIGILANCIA

El programa de Farmacovigilancia tiene como objetivo principal realizar vigilancia a los medicamentos luego que estos están siendo comercializados para determinar la seguridad de los mismos, cuenta con diferentes actores los cuales van desde los pacientes o sus familiares, pasando por el médico tratante, las clínicas y hospitales, las secretarías de salud hasta los laboratorios farmacéuticos. La Farmacovigilancia es el pilar fundamental para determinar el perfil de seguridad de los medicamentos, de esta forma se pueden detectar entre otras; reacciones adversas, usos inapropiados y complicaciones no detectadas durante la etapa de investigación de los medicamentos

Las Reacciones adversas medicamentosas son consideradas RNM de seguridad que se manifiestan mediante un efecto nocivo o indeseado después de administrarse un medicamento a la dosis terapéutica para la profilaxis, el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.

Se clasifican de la siguiente manera:

#### Según la Causalidad o Imputabilidad

Se han desarrollado diferentes aproximaciones para alcanzar una determinación estructurada de la probabilidad de una relación causal entre la exposición al fármaco y los efectos adversos.

- **Definitiva:** Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiestan con una secuencia temporal admitida en relación con la administración del medicamento, y que no puede ser explicado por la enfermedad concurrente, ni por otros fármacos o sustancias. La respuesta a la supresión del fármaco (retirada) debe ser admitida clínicamente. El acontecimiento debe ser definitivo desde un punto de vista farmacológico y no puede ser explicado por otros tratamientos o condición física del paciente.
- **Probable:** Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable en relación con la administración del medicamento, que es improbable que se atribuya a la enfermedad concurrente, ni a otros fármacos o sustancias, y que al retirar el fármaco se presenta una respuesta clínica razonable. No se requiere tener información sobre re-exposición para asignar esta definición
- **Posible:** un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable en relación con la administración del medicamento, pero que puede ser explicado también por la enfermedad concurrente, o por otros fármacos o sustancias.



- **Condicionada/No Clasificada:** Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, notificado como una reacción adversa, de la que es imprescindible obtener más datos para poder hacer una evaluación apropiada, o los datos adicionales están bajo examen.
- **Improbable:** Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiestan con una secuencia temporal improbable en relación con la administración del medicamento, y que puede ser explicado de forma más aceptable por la enfermedad concurrente, o por otros fármacos o sustancias.

#### Por su Gravedad

Se han establecido cuatro categorías para clasificar la gravedad de las Reacciones adversas por el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe tener en cuenta que la valoración de la gravedad requiere un estudio individualizado de cada notificación, de la duración e intensidad de la reacción.

- **Leve:** No demanda tratamiento o aumento en el tiempo de hospitalización. Se manifiesta con signos y síntomas fácilmente tolerados, generalmente de corta duración, no interfiere sustancialmente con la vida normal del paciente. Causan baja laboral y escolar
- **Moderada:** Demanda cambios en la farmacoterapia, disminución significativa de la dosis o suspensión del medicamento. Produce un aumento del tiempo de estancia del paciente, o deja secuelas temporales.
- **Severa:** Amenaza la vida del paciente y requiere de la suspensión del agente terapéutico causante y de un tratamiento específico para la RAM.
- **Letal:** Causa en forma directa o indirecta la muerte del paciente.

#### Metodología de trabajo Farmacovigilancia

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
-----------	-------------	-------------	----------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados alterados de laboratorio: Carbamazepina, Acido Valproico y Carbonato de litio.</li> </ul> <p><b>Hospitalario:</b></p> <p>Para la detección de estos pacientes se realiza una búsqueda aleatoria, según los criterios inclusión.</p> <p>Se genera histórico de dispensaciones y medicamentos trazadores distribuidos.</p> <p><b>Ambulatorio:</b></p> <p>Detección de pacientes que manifiestan durante la dispensación de medicamentos, alguna reacción adversa a ellos. El auxiliar de farmacia realiza la notificación regente de farmacia para el análisis y reporte.</p> <p>El auxiliar del Servicio Farmacéutico y el regente verificarán permanentemente las alertas sanitarias emitidas por el INVIMA para ser tenidas en cuenta durante el proceso de utilización del recurso terapéutico.</p>		
<p>2. Análisis Clasificación de reportes</p>	<p><b>Evaluación de la causalidad o imputabilidad:</b></p> <p>Para la evaluación de la relación causa-efecto (causalidad e imputabilidad), se deberá tener en cuenta la naturaleza del mismo; en donde puede corresponder a un reporte asociado a una reacción adversa o a un reporte que detalle un fallo terapéutico.</p>	<p>Análisis: regente de farmacia</p>	

	<p>2.1 Análisis RAM: para este tipo de reporte se aplicará el algoritmo de Naranjo y sus colaboradores (Anexo 2). Consiste en una escala de probabilidad que incluye la secuencia temporal entre la administración del medicamento sospechoso y la aparición de cuadro clínico, la plausibilidad de la relación de causalidad (teniendo en cuenta la descripción previa de la reacción en la literatura médica o las propiedades farmacológicas conocidas del medicamento), el desenlace de la reacción después de la retirada del medicamento, la eventual repetición del episodio clínico descrito con la readministración del medicamento sospechoso o la reexposición, y la posible existencia de causas alternativas.</p> <p>2.2 Análisis Fallo terapéutico: para este tipo de reporte utilizaremos el algoritmo propuesto por la Universidad Nacional, OPS.....para abordaje de Fallos terapéuticos.</p> <p>Evaluación de la gravedad:</p> <p>La gravedad del caso reportado deberá ser clasificado de acuerdo a la escala de gravedad propuesto por el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Leve/Moderado/Severa/Letal.</p> <p>Recomendaciones:</p> <p>Cada análisis de una sospecha reportada al programa de Farmacovigilancia deberá incluir recomendaciones particulares orientadas a la optimización de su terapia farmacológica, prevención y minimización de riesgos en su terapéutica y/o consideraciones varias que</p>	<p>Presentación: El regente de farmacia -Comité de Seguridad del paciente.</p>	
--	--	--	--

	<p>propendan el mejoramiento de su manejo en salud.</p>		
<p>3. Notificación a ente regulador(INVIMA)</p>	<p>De acuerdo con el resultado de la clasificación de la gravedad y frecuencia de la reacción adversa se reporta al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA y a la entidad territorial de salud, la aparición de éstas.</p> <p>Los eventos adversos serios (graves) serán reportados al ente regulador dentro de las <u>setenta y dos (72)</u> horas siguientes a su aparición.</p> <p>Los eventos adversos no serios (Leves y Moderados) serán reportados al ente regulador mensualmente los <u>5 primeros días del mes</u> siguiente a la fecha de reporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibles problemas de fabricación, desnaturalización de los medicamentos</li> <li>• Adulteración de productos comerciales.</li> </ul>	<p>Regente de farmacia</p>	<p>Reporte al Ente regulador (FOREAM)</p>

4. Registro en bases de datos	<p>Se registra la información en base de datos según clasificación y según sea el caso:</p> <p>1. Base General de Farmacovigilancia</p>	Enfermero jefe	Base General fármaco.
5. Presentación de informes	<p>Presentar mensualmente el informe de resultados del programa de Farmacovigilancia a la Institución en el Comité de Farmacia y Terapéutica.</p> <p>Mensualmente presentar los indicadores establecidos.</p> <p>1. # Sospechas de RAM identificadas en FV activa</p> <p>2. # RAM identificadas</p> <p>3. % RAM identificadas =  <math display="block">\frac{\# \text{ RAM } * 100}{\# \text{ Sospechas totales RAM posibles}}</math></p>	Regente de farmacia	
6. Capacitación continua al personal asistencial	Cumplimiento del plan de capacitación semestral para el personal asistencial sobre temas relacionados con farmacovigilancia.	Regente de farmacia	Plan de capacitación

## 2. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

El programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) contribuye con el desarrollo de la Atención Farmacéutica mediante la detección, prevención y resolución de Resultados negativos de medicamentos (RNM) y problemas relacionados con medicamentos (PRM). Adicionalmente, el SFT es una estrategia eficaz y segura para la implementación del programa de Farmacovigilancia, ya que son actividades complementarias y por otro lado permite realizar estudios de Utilización de Medicamentos y a la vez cumplir con los requisitos exigidos por la legislación actual con respecto al tema (Decretos 2200 de 2005 y Resolución 1403 de 2006). La implementación del programa de SFT representa grandes beneficios para la institución, tanto desde el punto de vista económico (disminución de gastos), como de mejoramiento de la atención al paciente (prestación de servicios).<sup>8</sup>

El programa de Seguimiento Farmacoterapéutico solo puede ser desarrollado por un Químico Farmacéutico, según la normatividad vigente. La metodología a seguir para realizar seguimiento Farmacoterapéutico está fundamentada en el método Dáder.<sup>11</sup>

El Método Dáder de SFT tiene un procedimiento concreto, en el que se elabora un Estado de Situación objetivo del paciente, del que luego se deriven las correspondientes Intervenciones farmacéuticas, en las que ya cada profesional clínico, conjuntamente con el paciente y su médico, decida qué hacer en función de sus conocimientos y las condiciones particulares que afecten al caso.<sup>14</sup>


### 7.1.1 Metodología para llevar a cabo el programa de SFT

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
1. Inclusión al programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	<p><b>Hospitalario:</b></p> <p>Para la detección de los pacientes se realiza una búsqueda aleatoria, según los criterios inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Polimedicación: paciente con más de 6 medicamentos</li> <li>-Estrecho margen terapéutico: por la naturaleza de atención de la IPS, se incluirá a pacientes en tratamiento con 2 o más medicamentos de estrecho margen terapéutico.</li> <li>-Pacientes en periodo de Gestación</li> <li>-Pacientes remitidos por farmacovigilancia</li> <li>-Pacientes remitidos por personal asistencial de la institución.</li> </ul> <p><b>Ambulatorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes con poco conocimiento y baja adherencia, identificados desde el servicio farmacéutico sede alterna.</li> <li>-Pacientes en alta y/o hospital día que cumplan criterios inclusión.</li> </ul>	Regente de farmacia y personal asistencial.	

<p>2. Fase de estudio y evaluación</p>	<p>La fase de estudio tiene como propósito obtener la información necesaria de los problemas de salud y los medicamentos reflejados en el estado de situación para la evaluación posterior. Se basa en la revisión bibliográfica de los problemas de salud y los medicamentos que se han diferenciado en el estado de situación. Se trata de encontrar la mejor evidencia científica disponible a partir de una búsqueda de la información, que se realizará con el mayor rigor posible, en las fuentes más relevantes y centrada en la situación clínica del paciente.</p> <p>Se inicia con el estudio de los problemas de salud que están diagnosticados por el médico. Después de estudiar los problemas diagnosticados, se continúa con el estudio de las preocupaciones de salud que manifiesta el paciente y se relacionan con los anteriores problemas de salud, para establecer si se trata de síntomas no controlados o problemas de salud no tratados. Luego se estudian, uno a uno, los medicamentos que el paciente toma teniéndose en cuenta: Indicaciones autorizadas, mecanismo de acción, posología, farmacocinética, parámetros de efectividad, contraindicaciones, interacciones, duplicidades y seguridad del medicamento.</p> <p>La fase de evaluación se verifica el estado de situación planteado. Se requiere de la revisión y documentación bibliográfica de los aspectos claves sobre problemas de salud y medicamentos, en una situación clínica concreta definida por el estado de situación.</p> <p>La identificación de los RNM se realiza mediante un proceso sistemático de preguntas. Que permiten establecer sospechas de RNM: (1) El medicamento, ¿es necesario?, (2) ¿Está siendo efectivo? Y (3) ¿Está siendo seguro? Cuando alguna de las respuestas a estas preguntas es negativa se plantea la sospecha de un RNM. Al finalizar estas preguntas por cada medicamento se formula una cuarta pregunta: (4) ¿Hay algún problema de salud que no esté tratado y no esté relacionado con la toma de alguno de los medicamentos del paciente? Después se tiene un listado de las sospechas de RNM identificados, que se ordenan según su prioridad y probabilidad. Es posible no tener certeza de la presencia de</p>	<p>Regente de farmacia</p>	<p>Formato Estado de situación</p> <p>FOREAM</p>
--	--	----------------------------	--



	<p>RNMs debido a la imposibilidad de comprobación de éste mediante algún tipo de variable clínica, en tales casos es posible identificar y gestionar PRM como factores potencialmente causantes de RNMs.</p> <p>En caso de que el evento sea una reacción adversa RNM Seguridad de relevancia clínica, remitir al programa de farmacovigilancia para su análisis y reporte.</p>		
6. Fase de Intervención	<p>En esta fase se realizan las intervenciones necesarias a los diferentes profesionales de la salud y/o paciente. Estas intervenciones se realizarán de acuerdo a los RNM o PRM encontrados en la fase de evaluación, esta se realiza verbalmente y/o escrita, en ambos casos deberá quedar evidencia física corroborable y se realizará seguimiento que permita establecer la aceptación o rechazo por parte del destinatario final. Su finalidad será: 1) resolver RNM; 2) Prevenir RNM o resolver PRM ó simplemente 3) asesorar o instruir al paciente para conseguir un mejor cuidado y seguimiento de sus problemas de salud y un mejor uso de sus medicamentos. La intervención deberá seguir el Formato de Intervención Médica SFT.</p>	Regente de farmacia	formato acta final de intervención (anexo 7)
7. Registro en base de datos SFT	<p>Se registran todos los perfiles realizados en la base de datos de Seguimiento Farmacoterapéutico para su control y análisis estadístico</p> <p>Los resultados de las intervenciones pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención aceptada, problema de salud resuelto.</li> <li>• Intervención aceptada, problema de salud no resuelto.</li> <li>• Intervención no aceptada, problema de salud resuelto.</li> <li>• Intervención no aceptada, problema de salud no resuelto.</li> </ul>	Regente de farmacia	Base de datos Seguimiento Farmacoterapéutico
8. Presentación de informes	<p>Presentar mensualmente el informe de resultados del programa de seguimiento farmacoterapéutico a la Institución en el Comité de Farmacia y Terapéutica.</p> <p>Mensualmente presentar los indicadores establecidos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. # Pacientes valorados mes</li> <li>2. # de RNM identificados =</li> <li>3. # RNM Resueltos</li> <li>4. <math>\frac{\# \text{ RNM Resuelto} \times 100}{\# \text{ RNM Identificados}} = \% \text{ resolución RNM}</math></li> </ol>		

	<b>PROGRAMA</b> <b>FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA</b>	Código: PR-GF-FYT-GA-H:07
		Versión: 02
		Fecha de Actualización: 20/09/2019

	5. # Intervención realizadas 6. % intervención aceptada = <u># intervención aceptada *100</u> # intervenciones totales		
--	---	--	--

### 3. TECNOVIGILANCIA

El Programa de Tecnovigilancia se configura como un sistema de vigilancia post-mercado, constituido para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los Dispositivos Médicos (DM) durante su uso y la cuantificación del riesgo con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo\*

#### Clases de dispositivos médicos según el riesgo

**Clase I:** Dispositivos médicos de bajo riesgo. Incluye dispositivos de bajo riesgo estériles y/o con función de medición sujetos a controles generales, no destinados para proteger o mantener la vida o para un uso de importancia especial en la prevención del deterioro de la salud humana y que no representan un riesgo potencial no razonable de enfermedad o lesión.

**Clase IIa:** Dispositivos de riesgo moderado, sujetos a controles especiales en la fase de fabricación para demostrar su seguridad y efectividad.

**Clase IIb:** Dispositivos de alto riesgo, sujetos a controles especiales en el diseño y/o fabricación para demostrar su seguridad y efectividad.

**Clase III:** Dispositivos de muy alto riesgo, sujetos a controles especiales, destinados a proteger o mantener la vida o para un uso de importancia sustancial en la prevención del deterioro de la salud humana, o si su uso presenta un riesgo potencial de enfermedad o lesión.

#### Obligaciones específicas de los responsables designados:

- Registrar, analizar y gestionar todo evento o incidente adverso susceptible de ser causado por un dispositivo médico.
- Recomendar medidas preventivas para tomar acciones inmediatamente ocurrido el evento. Orientar a los informantes en el correcto diligenciamiento del formato de reporte FOREIA (Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado al uso de un Dispositivo Médico)
- Sensibilizar al conjunto de usuarios y potenciales reportantes de su organización en el Programa de Tecnovigilancia, la seguridad y uso adecuado de dispositivos médicos.
- Informar de manera inmediata al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, todo reporte de evento o incidente adverso serio cuando es del caso de acuerdo a lo establecido en la resolución 4816 del 2008 o la norma que la modifique o derogue.
- Enviar trimestralmente los informes periódicos al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, o a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, de todo reporte de evento o incidente adverso no serio, de acuerdo a lo establecido en la resolución 4816 del 2008 o la norma que la modifique o derogue.

### Metodología para la realización del programa de Tecnovigilancia

#### Tecnovigilancia Pasiva

- Se reciben los reportes en el formato de REPORTE DE EVENTOS, RISEGOS E INCIDENTES El personal reportante puede ser: Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, Médicos, Regentes de Farmacia, Coordinadores del Servicio Farmacéutico.
- En caso que los pacientes generen un reporte de evento o incidente con algún dispositivo médico en el Servicio Farmacéutico, se deben de registrar en el FOREIA.

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
1. Identificar el incidente y/o evento adverso	La identificación del incidente y/o evento adverso de un dispositivo medico, es reportada por el personal de médico, enfermería, auxiliar de farmacia o incluso pacientes entre otros, este reporte se debe diligenciar en formato de REPORTE DE ENVENTOS, RIESGOS E INCIDENTES, este reporte es analizado comité seguridad del paciente	Enfermero jefe	HE-FR 19  Aplicativo

	Para la identificación del incidente y/o evento adverso relacionado con un equipo biomédico, se debe diligenciar el aplicativo del INBIOSER, este reporte es analizado por el responsable del área de equipos biomédicos. Al finalizar el mes el responsable del área envía al regente de farmacia, los reportes consolidados con análisis e intervención.		pagina web: <a href="http://Inbioser.abth.co">Inbioser.abth.co</a>
3. Registrar el incidente y/o evento adverso	El químico farmacéutico diligencia el formato FOREIA (Anexo ) Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado al uso de un Dispositivo Médico; donde consigna información sobre: Institución prestadora de servicios de salud, identificación del paciente, descripción del evento adverso, identificación del dispositivo médico involucrado, causas y consecuencias, otros diagnósticos, observaciones y datos del quien reporta.	Enfermero jefe	FOREIA (anexo 10)
5. Notificar al proveedor	Si se encuentra en el análisis que es un problema de calidad del dispositivo, se envía una notificación via correo electrónico a calidad productos, para su debida gestión.	Enfermero jefe	Carta de Intervención
6. Analizar y Clasificar	El Programa de Tecnovigilancia evaluara y gestionara cada uno de los eventos y/o incidentes adversos reportados. Si se clasifica como incidente, no requiere análisis, y se reporta en la base de datos del ente regulador. Si se clasifica como evento adverso, se analiza por el protocolo de Londres, se toman las acciones pertinentes, y se lleva a la base del ente regulador en el RETIPS003 –Se revisan mensualmente, las alertas emitidas por el INVIMA, y se toman correcciones si es el caso.	Enfermero jefe y el servicio Farmacéutico	RETIPS003 – (anexo 10)

<p>7. Reporte al ente regulador</p>	<p>Cuando el incidente o evento adverso sea analizado y aprobado por Tecnovigilancia, los eventos serán reportados al INVIMA según el formato FOREIA Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado al uso de un Dispositivo Médico.</p> <p>Los incidentes serios o no serios se reportan trimestral, y se envían en la base datos del ente regulador "Reporte Trimestral de eventos adversos no serios con Dispositivos Médicos por parte de los Prestadores de Servicios de Salud "</p> <p>Si son eventos adversos serios o no serios relacionados con dispositivos médicos, se reportaran durante las primeras 72 horas siguientes a su aparición (Reporte inmediato).</p>	<p>Enfermero jefe</p>	<p>Formato RETIPSO 03- Plantilla De Reporte Tecnovigilancia Prestadores De Servicios De Salud (anexo 11)</p>
<p>8. Presentación de informes</p>	<p>Presentar mensualmente el informe de resultados del programa de Tecnovigilancia a la Institución en el Comité de Farmacia y Terapéutica.</p> <p>Mensualmente presentar los indicadores establecidos según la matriz para gestión farmacéutica.</p> <p>1. # reportes relacionados con dispositivos médicos</p>	<p>Enfermero jefe</p>	<p>Matriz de indicador</p>

#### 4. SEGURIDAD EN LA MEDICACION

El riesgo de la asistencia sanitaria en general, especialmente el derivado por los errores de medicación, es un grave problema con gran repercusión humana, asistencial y económica, que está siendo abordado de forma prioritaria por las autoridades sanitarias de algunos países. Las actividades de los actores y participantes dentro de la cadena de utilización de medicamentos está evolucionando, adoptando una actitud más preventiva y anticipativa, que supone la colaboración interinstitucional y de otros profesionales sanitarios en el desarrollo de programas de prevención de riesgos, entre ellos los de prevención de errores de medicación. <sup>4</sup>

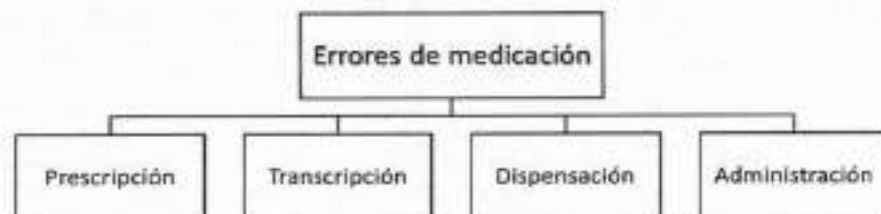
Los errores de medicación están siempre presentes en todo proceso y punto del sistema de utilización de medicamentos y dispositivos médicos, se hacen visibles justo cuando generan una queja, un reclamo o una acción legal y en el peor de los casos muerte o invalidez permanente a un

ser humano. Ni en nuestro sistema de salud ni en nuestra organización se conoce la magnitud de este fenómeno, por lo que resulta necesario un trabajo que permita reconocer a fondo los puntos críticos y así luego del respectivo análisis tomar las decisiones necesarias que sean eficaces en la prevención o su erradicación, diseñando una estrategia que permita generar conciencia de la importancia en la prevención de los errores de medicación, y el reporte oportuno para gestión integral.

#### 8.1.1 Clasificación Errores de Medicación:

Los errores de medicación se deben analizar desde la perspectiva de sistema, con el fin de documentar diversos aspectos de los mismos. Fundamentalmente conviene clasificarlos en función del proceso de la cadena terapéutica donde se originan, de la gravedad de las posibles consecuencias para el paciente y de las características del error (tipos) <sup>4</sup>.

##### 1. Clasificación según la cadena de utilización del medicamento:



##### 1. Clasificación según la severidad del error:

CATEGORÍA		DEFINICIÓN
Error potencial o no error	Categoría A	Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error
Error sin daño <sup>1</sup>	Categoría B	El error se produjo, pero no alcanzó al paciente <sup>2</sup>
	Categoría C	El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño
	Categoría D	El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización <sup>3</sup> y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño
Error con daño	Categoría E	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención <sup>4</sup>
	Categoría F	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización
	Categoría G	El error contribuyó o causó daño permanente al paciente
	Categoría H	El error comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida <sup>5</sup>
Error mortal	Categoría I	El error contribuyó o causó la muerte del paciente

1 Daño: situación temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psicológicas y/o el dolor resultante de ellas que precise intervención.  
2 Un "error por omisión" alcanza al paciente.  
3 Monitorización: observación o registro de datos relevantes fisiológicos o psicológicos.  
4 Intervención: cualquier cambio realizado en la terapia o tratamiento médico o quirúrgico.  
5 Intervención necesaria para mantener la vida del paciente: incluye el soporte vital cardiovascular y respiratorio (Aspiración, intubación, etc.)

### Metodología seguridad en la medicación

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
1. Sensibilización	El programa seguridad de la medicación deberá ser presentado a todos los responsables del proceso de dispensación (Subdirección científica, auxiliares de servicio farmacéutico). Las actividades en este componente deberán ser de carácter permanente teniendo en cuenta la importancia del reporte y la gestión de los errores de medicación dado el impacto en salud, económico y legal que pueda derivar.	Regente de farmacia	Lista de asistencia

	<p>El personal que ingresa nuevo a la organización y que su labor involucre procesos de dispensación, deberá recibir el debido entrenamiento y capacitación en el programa de errores de medicación.</p>		
2. Notificación del reporte	<p>Se establece el Formato de Reporte de Errores de Medicación el cual podrá ser diligenciado por cualquier actor de la cadena de utilización del medicamentos y dispositivos médico (Pacientes, cuidadores, auxiliares de farmacia, regentes de farmacia, químicos farmacéuticos, médicos o cualquier otro profesional de la salud podrán realizar la notificación), así como también las quejas y reclamos que vinculen un EM. El formato permitirá recolectar información necesaria para la detección y el análisis de los casos reportados al programa.</p> <p>Se deberá reportar por parte de los funcionarios del servicio farmacéutico al programa de errores de medicación, todo error que sea identificado durante el proceso de dispensación de los productos farmacéuticos; estos incluyen errores de prescripción, transcripción, dispensación, administración. En el caso de los errores de dispensación es obligación del personal del servicio farmacéutico donde se haya presentado, realizar la notificación inmediata del error (Tipo B en adelante). En caso de omisión del reporte se notificará al jefe inmediato para iniciar los procesos de disciplinarios a que haya lugar.</p> <p>Es responsabilidad del DT de la institución actualizar de manera continua la base de datos de EM ubicada mediante archivo google drive</p>	Regente de farmacia, personal involucrado en el caso	Protocolo de Londres (anexo)
4. Análisis del caso	<p>Los análisis de los casos dependerán de la clasificación de gravedad generada para cada reporte, sin importar la fase de la cadena de utilización del medicamento donde se hayan presentado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo A – Tipo B: Se analizarán las estadísticas mensuales con la finalidad de detectar señales/riesgos</li> </ul>		



	<p>asociados a la ocurrencia de errores de medicación.</p> <p>Con los resultados obtenidos, la coordinación de atención farmacéutica, diseñará estrategias de gestión y mitigación de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo C en adelante y/o quejas: Ameritan un abordaje integral que cubre causas y planes de mejora que eviten daño a paciente (de ser posible) y/o reincidencia del mismo. Se deberá dar respuesta del caso a la EPS en un término no superior a 10 días hábiles de haberse recibido el reporte.</li> </ul> <p>A partir de dicho análisis, se establecerán planes de acción orientados a la mitigación de riesgos en la salud y prevención de otros errores.</p> <p>Responsable del análisis: Químico Farmacéutico de atención farmacéutica (Ambulatorios) o Director Técnico del Servicio Farmacéutico (Servicios Farmacéuticos Hospitalarios).</p> <p>Tipo E en adelante: Para los errores de dispensación tipo E en adelante, el análisis se realizará en conjunto con el área Jurídica de la entidad y de considerarse necesario se realizará evaluación de la responsabilidad por acción u omisión de los funcionarios relacionados con el error.</p> <p>Para el análisis del caso reportado (Tipo C en adelante), será indispensable la consulta en historia clínica del paciente, que permita conocer su estado de salud, antecedentes patológicos, alérgicos, perfil farmacoterapéutico y demás variables que faciliten un abordaje integral en términos de ponderación de posibles riesgos en la salud del paciente. Se solicitará formalmente acceso a historia clínica a EPS/IPS de paciente.</p> <p>Entrevista Farmacéutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista Farmacéutica-Servicio Farmacéutico</li> </ul> <p>Para los EM tipo C en adelante, se realizará dos tipos de</p>		
--	---	--	--

acercamiento, uno con el servicio farmacéutico asociado al error y un segundo acercamiento con el paciente/cuidador involucrado en el error presentado.

Desde la operación ambulatoria el regente de farmacia asignado para el caso deberá establecer contacto con el director del servicio farmacéutico y con el funcionario que participó directamente en el error, el objetivo es indagar sobre las posibles causas que llevaron a la ocurrencia del error. La información recopilada por esta entrevista deberá de ser registrada en el Formato de Entrevista Errores de Medicación

En la parte hospitalaria, el director técnico del servicio deberá indagar con el funcionario asociado al error sobre las causas que llevaron al error presentado. La información recopilada por esta entrevista deberá de ser registrada en el Formato de Entrevista Errores de Medicación.

Como parte del proceso de generación de estrategias que propendan en el fortalecimiento del proceso de dispensación, se debe de indicar al funcionario participe del error la obligación de generar un plan de acción (que evite reincidencia en el error) y su asistencia al próximo comité de errores de medicación.

**En el ambiente hospitalario el contacto con el paciente estará a discreción del profesional enfermero jefe y tendrá que tener presente evitar la generación de pánico por parte del paciente o su cuidador.**

En los casos ambulatorios se utilizará el canal telefónico como medio de interacción. La entrevista con el enfermero jefe se realizará siguiendo el Formato Entrevista Errores de Medicación. Durante este paso se buscará la siguiente información que enriquecerá los elementos del análisis.

- Confirmar datos generales: nombre, identificación, EPS, edad.
- Conocer la descripción del error desde la perspectiva

	<p>del paciente, el tratamiento farmacológico en el que se encuentra, dosis y frecuencia de uso del medicamento prescrito, de tal manera que se pueda conocer el uso dado al medicamento errado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer posibles daños o eventos adversos derivados del error de medicación, evolución de los mismos, manejo médico que requirió.</li> <li>• Estado del servicio farmacéutico y sus funcionarios durante la dispensación de sus medicamentos, con el objetivo de diagnosticar alguna posible falencia durante el proceso de dispensación y poder plantear planes de mejora.</li> <li>• Cualquier otra información que surja y que pueda nutrir el análisis del caso.</li> </ul>		
--	---	--	--

## DISPENSACION INFORMADA Y SEGURA

Mediante la dispensación el farmacéutico debe asumir la responsabilidad sobre los medicamentos dispensados y suministrar la información necesaria oral o escrita para reforzar la adherencia e intentar evitar tanto el incumplimiento involuntario como el voluntario. Una buena dispensación puede proporcionar el conocimiento necesario al paciente del uso de sus medicamentos, esto puede llegar a evitar el incumplimiento involuntario y también debe promover la utilización de la medicación, intentar cambiar la actitud del paciente para que tome la medicación e impedir el posible incumplimiento voluntario. Por tanto, el farmacéutico debe tratar de informar y formar al paciente sobre el uso de los medicamentos dispensados, sobre los objetivos del tratamiento, sobre cómo utilizar los medicamentos, cuándo y durante cuánto tiempo. Además, de promover su uso e intentar que el paciente asuma la necesidad de tomar los fármacos para lograr el objetivo terapéutico.

Debido a la necesidad de educación que se presenta por parte de esta población, es relevante la implementación de métodos o mecanismo, para la promoción en el uso racional de los medicamentos, con el objeto de disminuir la incidencia de reingresos a hospitalización y aumentar el porcentaje de adherencia a la farmacoterapia.

**Metodología:** Se compone de 3 fases de atención y una de entrega de resultados

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
-----------	-------------	-------------	----------

<p>Fase1. Dispensación</p>	<p>Actividad consistente en la interpretación de fórmula médica y entrega oportuna del medicamento correcto al paciente indicado en el momento apropiado, acompañado de la información para su buen uso y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos buscados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamento (genérico y comercial), concentración, frecuencia y cantidad</li> <li>- Condiciones de almacenamiento</li> <li>- Cuidados durante la administración</li> <li>- Instruirlo para retornar al Servicio Farmacéutico si presenta algún problema relacionado con la farmacoterapia o si requiere mayor información por parte del regente de farmacia.</li> </ul> <p>Durante la dispensación, el auxiliar de farmacia puede identificar riesgo de baja adherencia a la farmacoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión del historial de fechas reclamación de Medicamentos en el servicio farmacéutico</li> <li>- Información entregada por el paciente: sobrante o faltantes de medicamentos en la casa indicando un incorrecto uso de la farmacoterapia.</li> </ul> <p>El paciente identificado, es reportado en la base de datos Hallazgos.</p>	<p>Auxiliares del servicio farmacéutico, Regente de Farmacia</p>	<p>Base de datos Hallazgos del programa de Atención farmacéutica (anexo 5)</p>
<p>Fase 2 Información y educación de uso racional de medicamentos</p>	<p>Los pacientes registrados en la base de datos de hallazgos son encuestados mediante el test "test de Simplified Medication Adherent Questionnaire (SMAQ)", (anexo 16) solicitando al paciente que responda una serie de preguntas y en función de sus respuestas, valorar el grado de adherencia.</p>	<p>Regente de Farmacia</p>	<p>Test SMAQ (anexo 16)</p>

	<p>En la evaluación, se considera paciente no adherente, con base a las siguientes respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pregunta 1: SI</li> <li>- Pregunta 2: NO</li> <li>- Pregunta 3: SI</li> <li>- Pregunta 4: SI</li> <li>- Pregunta 5: C, D ó E</li> <li>- Pregunta 6: Más de 2 días.</li> </ul> <p>Este cuestionario considera paciente adherente, aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%</p> <p>Se realiza entrega de material educativo de volantes con la información relevante con temas que aborden educación de la enfermedad y uso racional de la farmacoterapia, formas de administración adecuadas a sus hábitos alimenticios, condiciones de almacenamiento en el hogar y efectos adversos. Realizar seguimiento utilizando los medios de comunicación y en la intensidad requerida, de acuerdo a la priorización de pacientes.</p> <p>Si se concluye paciente NO adherente, con criterios de inclusión al programa de Seguimiento farmacoterapeutico ingresa a tercera fase de atención.</p>		
<p>Fase 3 Seguimiento Farmacoterapeu tico</p>	<p>El paciente podrá ingresar a Seguimiento farmacoterapeutico según Método Dáder, mencionado anteriormente.</p>		
<p>Entrega de resultados</p>	<p>Presentar mensualmente el informe de resultados del programa de Dispensación informada y segura a la Institución en el Comité de Farmacia y Terapéutica. Mensualmente presentar los indicadores establecidos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. # Pacientes dispensados con información</li> <li>2. %pacientes dispensados con información= <math display="block">\frac{\text{\#pacientes dis. con información}}{\text{\# formulas despachadas mes}} * 100</math></li> <li>3. % de adherencia =</li> </ol>		

	<p># <u>pacientes encuestados adherentes</u> * 100</p> <p># pacientes encuestados totales</p> <p>4. % de conocimiento de medicación</p> <p># <u>pacientes encuestados conocedores</u> * 100</p> <p># pacientes encuestados totales</p> <p>5. Errores de medicación presentados</p> <p>6. Errores de dispensación presentados</p> <p>7. Clasificación de los EM dispensación presentados.</p>		
--	--	--	--

**ANEXO 1. REPORTE FARMACOVIGILANCIA (FOREAM)**

<b>Invima</b>		<b>FORMATO REPORTE DE SUSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS-FOREAM</b>					Código: F232-FM02-IVC				
							Versión: 2				
							Página 1 de 4				
							Fecha de emisión: 28/10/2014				
<b>1. ORDEN DEL REPORTE</b>											
Fecha de notificación			Departamento			Ente/Municipio					
AAAA	MM	DD									
Institución			Servicio			Código de institución					
<b>2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>											
AAAA	MM	DD	CC	CA	CI	CA	CA	CA			
Regimen de atención:			EPS:			Etnia:					
Diagnóstico:											
<b>3. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO AL MEDICAMENTO</b>											
Fecha de inicio del evento adverso			Evento adverso:								
AAAA	MM	DD									
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO:						Evolución (Marcar con una X)					
						<input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Aún sin recuperación					
						Seriedad (Marcar con X)					
						<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Malformación en recién nacido <input type="checkbox"/> Existió riesgo de muerte a causa de la reacción <input type="checkbox"/> Produjo la muerte (Fecha: _____) <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad o incapacidad permanente a condición médica importante					
<b>4. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS - Registrar todos los medicamentos utilizados y marcar por uno (1) en la columna "S" (1ca)</b>											
S	Medicamento (Denominación común internacional o Nombre genérico)	Dosis		Frecuencia	Vía de administración	Velocidad de infusión	Motivo de prescripción	Fecha de inicio	Fecha de finalización		
		Cantidad	Unidad								
Información comercial del medicamento sospechado											
Fabricante		Nombre de marca			Registro sanitario		Lote		Fecha de vencimiento		
<b>5. MANEJO DEL EVENTO Y SEÑALES</b>											
Suspensión (Marcar con X)			Si			No			No		
1. ¿El evento adverso se suspendió al medicamento?						Re-exposición (Marcar con X)			Si		
2. ¿El evento adverso o produjo su intensidad a pesar de suspenderlo?						1. ¿El evento adverso al re-administrar el medicamento?					
						2. ¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento?					

EL FORMATO IMPRESO, SIN DILIGENCIAR, ES UNA COPIA NO CONTROLADA  
www.invima.gov.co

**ANEXO 2. ALGORITMO DE NARANJO.**

	Si	No	No Sabe
¿Existen informes previos concluyentes acerca de esta reacción?	+1	0	0
¿El evento adverso apareció después de que se administrara el medicamento sospechoso?	+2	-1	0
¿La reacción adversa mejoró al interrumpirse el tratamiento o cuando se administró un antagonista específico?	+1	0	0
¿Reapareció la reacción adversa cuando se volvió a administrar el fármaco?	+2	-1	0
¿Hay otras causas (distintas de la administración del fármaco) que puedan por sí mismas haber ocasionado la reacción?	-1	+2	0
¿Ocurrió la reacción adversa después de administrar el placebo?	-1	+1	0
¿Se ha detectado el fármaco en sangre (o en otros humores) en una concentración cuya toxicidad es conocida?	+1	0	0
¿Aumentó la gravedad de la reacción al aumentarse la dosis o disminuyó al reducirla?	+1	0	0
¿Había sufrido el paciente una reacción similar al mismo fármaco o a fármacos análogos en alguna exposición previa?	+1	0	0
¿Se confirmó el acontecimiento adverso mediante pruebas objetivas?	+1	0	0

Puntuación: Definitiva:  $\geq 9$ ; Probable: 5-8; Posible: 1-4; Improbable: 0

### ANEXO 3. BASE FARMACOVIGILANCIA GENERAL

#### BIBLIOGRAFIA


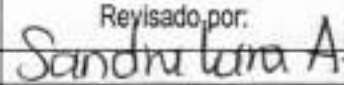
- i Programa Nacional de Farmacovigilancia. INVIMA. Disponible en: [https://www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=764&Itemid=323](https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=764&Itemid=323)
- ii MARTINEZ A, GOMEZ L. Uso de algoritmos en Farmacovigilancia. Infarmate. 2006 Septiembre-Octubre; 2 (9)
- iii AMARILES M Pedro, GIRALDO Newar A, TORO Victoria E, RESTREPO G Margarita M. GALVIS David A, PÉREZ Jairo A. Método Dáder De Seguimiento Farmacoterapéutico Y Farmacovigilancia En Instituciones De Salud De Colombia. VITAE, REVISTA DE LA FACULTAD DE QUÍMICA FARMACÉUTICA. ISSN 0121-4004 Volumen 12 número 1, año 2005. Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia. págs. 29-38. Consultada el 28 de Enero de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169815869004>



<sup>iv</sup> FAUSE DADER María José, SABATER HERNÁNDEZ Daniel, SILVA CASTRO Martha. Método Dáder Guía De Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada Tercera edición, 2007.

<sup>v</sup> Programa Nacional de Tecnovigilancia. INVIMA. Disponible en: [https://www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=895&Itemid=324](https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=895&Itemid=324)

<sup>vi</sup> Baena, M., Calleja, M., & Martínez, F. F. (2000). De la Farmacia Clínica a la Atención Farmacéutica ¿ cambio o continuación. Formación Continuada en Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Ediciones Mayo SA.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Andrés Gallego	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar regente farmacia	Desarrollo Organizacional	Gerente



**CARACTERIZACIÓN  
PROGRAMAS Y MERCADEO**

Código: CP-PM-GA:05

Versión:01

Fecha actualización:20/09/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Ofrecer servicios de promoción de la salud mental, prevención y atención de las conductas adictivas basados en la evidencia y de acuerdo a la normatividad vigente a diferentes entidades públicas y privadas del orden nacional, regional y municipal.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital

**ALCANCE**

Identificación de oportunidades de negocio (inicia), continua con la ejecución de actividades, estrategias y/o proyectos y finaliza con la evaluación de los resultados de los programas, proyectos, estrategias y actividades ejecutadas.

**LIDER DEL PROCESO**

Asesora de Proyectos y Mercadeo

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Asesora de proyectos, auxiliar administrativa y demás recursos requeridos en cada convenio.

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)	ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
						INTERNO	EXTERNO
Contratantes , orden de servicio, convenios	Plan de gestión		Diseñar metodologías, y herramientas para la planeación de la gestión de la ESE Hospital Carisma: (planes, programas, proyectos y políticas.)	Asesora de Proyectos y Mercadeo	Plan de Mercadeo		Asesora de Proyectos y Mercadeo
	Identificación de segmentos de mercado y grupos de interés para cada vigencia.	P	Definir población a impactar-caracterización (género, edad, geografía, psicográfica). Matriz riesgo	Asesora de Proyectos y Mercadeo	Plan de Mercadeo y base de datos con caracterización		Asesora de Proyectos y Mercadeo
	- Situación de consumo de Spa. - Factores de riesgo y protección - Transformaciones	H	Evaluación y análisis de las necesidades a satisfacer por <u>curso de vida y entorno.</u> (política nacional) Identificar normatividad		Diseño y formulación del proyecto, programa y/o acción de		Asesora de Proyectos y Mercadeo

	que se pretenden realizar. - Selección del programa o acción preventiva. - Identificación de actores.		vigente.		prevención.	
	Establecer las condiciones técnicas, financieras y logísticas y demás condiciones con las que cuenta la entidad para la implementación de las acciones preventivas.		Revisión de estudios previos, pliegos de condiciones y/o solicitud de necesidad; incluyendo el presupuesto definido y los tiempos para la ejecución.		Legalización de contratos, convenios y/o ordenes de servicios	
Personal contratado para la ejecución de las propuestas	Ejecución de la propuesta		Contratación del recurso humano, técnico y logístico. Realizar actividades que den cumplimiento al objeto del contrato, convenio y/o orden de servicio.		- Plan de acción - Informes de avance de ejecución. - Facturación de los servicios y/o productos entregados.	
	Seguimiento del programa y/o acción planteada	V	Verificación de las especificaciones técnicas y cumplimiento de indicadores (proceso, productos, resultado). Métricas		Planes de mejoramiento.	

	Evaluación del programa, proyecto y/o acciones preventivas realizadas.	A	Reunión de datos, análisis y presentación de los datos y utilización de la información.		Mejores prácticas y lecciones aprendidas. Liquidación del contrato. Informe final de ejecución.
<b>RECURSOS</b>					
<b>HUMANOS</b>		<b>TECNOLOGICOS</b>		<b>INFRAESTRUCTURA</b>	
Asesor de proyectos psicólogos, auxiliar administrativo, trabajos social, epidemiólogo, gerente de sistemas de información, licenciado en educación.		Software, hardware, video beam, sonido (parlante, micrófono), portátil, internet. Teléfono fijo, teléfono móvil, Tablet.		Locación física	
<b>CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO</b>					
<b>¿Que controla?</b>		<b>¿Cómo lo controla?</b>		<b>¿Quién lo controla?</b>	
Cumplimiento de las especificaciones técnicas		Indicadores , formatos de evaluación, comités o reuniones de diálogo, facturación.		Interno: coordinación técnica – asesora proyectos Externo: supervisión y/o interventoría	
Nivel de cumplimiento de ejecución del área		Con la planeación de los recursos requeridos		Asesora de proyectos	
Fidelización de cliente		Llamadas de seguimiento o reunión		Asesora de proyectos	
Plan de presupuesto del área		Seguimiento a la ejecución		Asesora de proyectos	
<b>REQUISITOS</b>					
Normatividad <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 1566 de 2012</li> <li>- Circular Externa 002 de 2018 (Superintendencia Nacional de Salud)</li> <li>- Resolución 089 de 2019</li> <li>- Plan nacional para la promoción de la salud, la promoción y atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021.</li> <li>- Política Nacional de Salud Mental -Resolución 4886 de 2018</li> <li>- Ley 30 de 1986</li> <li>- Decreto 1844 de 2018</li> </ul>					

- Decreto 613 de 2017
- Prohibición de dosis personal- Decreto 1844 de 2018
- Espacios libres de humo- Ley 1335 de 2009
- Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas - Resolución 089 de 2019

Proceso de contratación

Competencias técnicas en salud mental-farmacodependencia

Competencia en gerencia de proyectos

#### INFORMACIÓN DOCUMENTADA

Cada proyecto tiene sus formatos(listado de asistencia, formato de evolución)

Formato de permanencia (municipio-empresa)

Modelo de promoción y prevención

Formato de presentación de propuesta

Plan mercadeo

Plan de fidelización

#### CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO

-No cumplimiento de las especificaciones técnicas de los contratos

-No existan contratos

-No contar con el personal necesario para el desarrollo y despliegue para las labores de mercadeo

-Que no exista enlace efectivo entre Carisma y la entidad contratante

-Contemplar el % de pérdida de imprevistos

#### INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

-% de presentación de oferta de servicios a municipios, empresas, universidades (segmento de mercado)

- # de actividades de mercadeo y despliegue ejecutadas / # de actividades de mercadeo y despliegue planeadas

- # de actividades de mercadeo realizadas/# de actividades planeadas

- Municipios de Antioquia con convenio/ Municipios contactados

-Ingresos totales ejecutados de los convenios legalizados /ingresos totales de los convenios legalizados \*100

-# de actividades de capacitación realizadas / # de actividades de capacitación ejecutadas \*100

-# total de población beneficiada de los convenio y/o contratos legalizados

#### CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)

Listado maestro

**Objetivo:** Diseñar propuestas de promoción de la salud mental, prevención y atención de las conductas adictivas basados en la evidencia, según la normatividad vigente a diferentes entidades públicas y privadas del orden nacional, regional y municipal.

**Alcance:** Se construye propuesta en respuesta a las necesidades expresadas por el contratante, la cual se ejecutará en el lugar donde está ubicada la población afectada (municipal, departamental y nacional).

**Límites:** Actividad que inicia con el inventario de necesidades y/o recepción de especificaciones técnicas, finaliza con la legalización de la propuesta.

**Responsables:** Subgerencia científica, asesora programas y mercadeo y equipo del área contratada para los proyectos.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Plan de mercadeo. (Segmentación del mercado por vigencia). Inventario de necesidades del segmento o cliente. Especificaciones técnicas, pliegos de condiciones y presupuesto.	Computador, espacio físico y papelería.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
Realizar la propuesta, de acuerdo a las necesidades identificadas y/o especificaciones técnicas manifiestas por el contratante, teniendo en cuenta los tiempos para la ejecución y presupuesto definido para el desarrollo de la misma.	Propuesta basada en la evidencia y según la normatividad vigente.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recepción y análisis de necesidades y especificaciones técnicas.	Asesora Proyectos y Mercadeo (Equipo de trabajo)	Especificaciones técnicas y/o solicitud del servicio.
2	Definición de la metodología para presentar la propuesta, se tendrá en cuenta inicialmente la de la entidad contratante, si esta no tiene, se diseñará una metodología acorde a las necesidades de contratante y de la población a beneficiar.	Asesora Programas y Mercadeo (Equipo de trabajo)	Estudios Previos, Pliego de Condiciones del contratante y/o solicitud de necesidad.
3	Se procede al diseño de la propuesta de acuerdo a las especificaciones técnicas y económicas, asimismo, necesidades de la población a beneficiar, lo anterior, según	Asesora Proyectos y Mercadeo (Equipo de trabajo)	Propuesta técnica diseñada

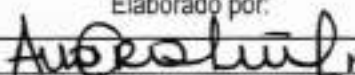
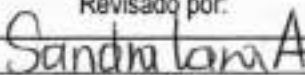
No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	curso de vida y/o entorno.		
4	Envío de la propuesta a la entidad solicitante.	Asesora Proyectos y Mercadeo(Equipo de trabajo)	Oficio remitario y propuesta.
5	Se realizarán llamadas y/o visitas de seguimiento con el fin de verificar la recepción de la propuesta o ajustes a la misma, según las observaciones del cliente.	Asesora Proyectos y Mercadeo(Equipo de trabajo)	Base de datos de seguimiento y acta de reunión. Propuesta ajustada (definitiva)
6	Legalización de la propuesta.	Asesora Proyectos y Mercadeo(Equipo de trabajo)	Contrato, convenio, orden de servicio y/o solicitud de la necesidad.

Formatos: Están definidos en la columna de documento/registro.

**Riesgos del procedimiento**

Se registran los principales riesgos del procedimiento así como las consecuencias que se puedan derivar de su presencia y los controles para minimizarlos o eliminarlos

Riesgo	Consecuencias	Controles
La propuesta no cumpla con las especificaciones técnicas.	No legalización del contrato	Evaluación de las especificaciones técnicas y solicitud de aclaraciones.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	ANA CAROLINA MESA VANEGAS	Sandra Lara A	Carlos Marib Rivera Escobar
Cargo	Asesora programas y mercadeo	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Ejecutar las actividades de capacitación, atención psicosocial, asesoría e investigación, (promoción de las salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.)

**Alcance:** Cumplimiento del 100% de las actividades definidas en el proyecto.

**Límites:** Actividad que inicia con la aceptación de la propuesta por parte del contratante y finaliza con la liquidación del contrato.

**Responsables:** Subgerencia científica, asesora programas y mercadeo y equipo del área contratada para los proyectos.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Propuesta aprobada y contrato firmado.	Talento humano contratado. Material e insumos disponibles. Diseño Metodológico
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
Políticas institucionales. Plan de trabajo, especificaciones técnicas y propuesta. Perfiles del talento humano para el desarrollo del proyecto. Enlace con los responsables de la entidad contratante.	Profesionales cualificados para el desarrollo de la propuesta. Cumplimiento de la propuesta al 100% Utilización de metodologías participativas. Realización de informes de gestión. Oportunidad en la elaboración de la factura. Cumplimiento del objeto contractual. Reuniones de seguimiento. Establecimiento de planes de mejora.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Presentación y socialización de la propuesta con el recurso humano que la estará implementando.	Asesora programas y mercadeo	Propuesta
2	Definición y asignación de tareas, responsabilidades, municipios, instituciones educativas y comunidad en general, donde se va a desarrollar la propuesta.	Asesora programas y mercadeo	
3	Elaboración del plan de trabajo, reuniones de socialización y concertación de actividades con la comunidad.	Profesionales del proyecto	
4	Ejecución de plan de trabajo, desarrollo de actividades y reuniones de seguimiento.	Profesionales del proyecto	Cronograma, listados de asistencia, actas de reunión, registro fotográfico.



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
5	Elaboración y revisión de informes de gestión y final de las actividades desarrolladas.	Asesora programas y mercadeo y profesionales del proyecto y del área.	Informes
6	Liquidación del contrato.	Asesora programas y mercadeo	Acta de liquidación

**Formatos:** Los nombrados en la columna documento/registro

**Riesgos del procedimiento**

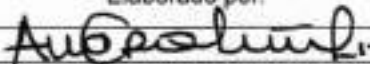
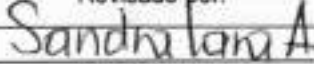
Se registran los principales riesgos del procedimiento así como las consecuencias que se puedan derivar de su presencia y los controles para minimizarlos o eliminarlos

Riesgo	Consecuencias	Controles
Dificultad para la concertación de actividades con la comunidad.	Incumplimiento del plan de trabajo y de objeto contractual.	Revisión permanente del cumplimiento de las actividades y establecimiento de planes de mejora a los inconvenientes.

**Mecanismos de Evaluación:**

Mensualmente el coordinador del proyecto en los informes de gestión realiza seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo y metas.

La supervisión o interventoría por parte del contratante realizan control, seguimiento y retroalimentación a la ejecución del proyecto.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	ANA CAROLINA MESA VANEGAS	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Asesora programas y mercadeo	Desarrollo Organizacional	Gerente








E.S.E. HOSPITAL  
**CARISMA**



# **GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**



## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO

RECURSOS FINANCIEROS	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	RECURSOS FÍSICOS APOYO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Respuesta a glosas</li> <li>✓ Cartera</li> <li>✓ Contabilidad</li> <li>✓ Causación contable</li> <li>✓ Facturación</li> <li>✓ Formulación presupuestal</li> <li>✓ Ejecución presupuestal</li> <li>✓ Tesorería</li> <li>✓ Baja bienes muebles e inmuebles</li> <li>✓ Inventario</li> <li>✓ Compras y servicios</li> <li>✓ Administración activos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incorporación</li> <li>✓ Compensación</li> <li>✓ Inducción-Re inducción</li> <li>✓ Capacitación</li> <li>✓ Bienestar Social</li> <li>✓ Desvinculación</li> <li>✓ SST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestión seguros</li> <li>✓ Plan anual</li> <li>✓ adquisiciones</li> <li>✓ Lavandería</li> <li>✓ Mantenimiento de instalaciones</li> </ul>	<p><b>GESTIÓN DOCUMENTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planeación documental</li> <li>✓ Producción, gestión y trámite</li> <li>✓ Transferencia documental</li> <li>✓ Preservación a largo plazo</li> <li>✓ Organización archivo</li> <li>✓ Elaboración TRD</li> <li>✓ Disposición final de documentos</li> </ul>	<p><b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestión de la seguridad</li> <li>✓ Copias de seguridad</li> <li>✓ Administración de hardware y software</li> <li>✓ Soporte informático</li> <li>✓ Implementación de nuevas tecnologías</li> </ul>
				
<p><b>JURÍDICA</b> Transversal</p>				

**PROCESOS: 3**  
**PROCEDIMIENTOS: 35**



**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
(CARACTERIZACIÓN PROCESO)**

Código: CP-GRF-GAD:01

Versión: 01

Fecha de actualización: 12-09-2018

OBJETIVO DEL MACRO PROCESO				RESPONSABLE		
Apoyar y controlar la gestión financiera y administrativa de la ESE Hospital Carisma, la equitativa distribución de los recursos para promover la transparencia y el efectivo cumplimiento de los objetivos de nuestra Institución				Subdirector Administrativo y Financiero		
ALCANCE	Inicia	Planificación del Proceso				
	Termina	Medición, Análisis y Mejora				
INTERACCIÓN CON OTROS PROCESOS						
EMISOR	ENTRADA		ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
Direccionamiento Estratégico  Estado	Normatividad  Plan de Gestión Institucional  Presupuesto Institucional aprobado  Política de calidad  Objetivos de calidad	P	Elaboración del Plan de Acción    Identificación de Necesidades	Subdirector Administrativo Desarrollo Organizacional	Plan de acción elaborado  Solicitud de personal, bienes, equipos e insumos	Direccionamiento Estratégico – Planeación  Gestión del Talento Humano Gestión  Adquisición de Bienes y Servicios  Gestión de la Infraestructura y Apoyo Logístico

Sistema Integrado de Gestión	Manual de Procesos y Procedimientos  Planificación, Control y Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión		Revisión de su pertinencia y/o actualización		Documentos revisados y/o actualizados	Sistema Integrado de Gestión
EMISOR	ENTRADA		ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
Gestión Presupuestal y Contable	disponibilidad presupuestal y registros presupuestal elaborados		Verificación de documentos soporte  Autorización de Pago	presupuesto auxiliar Administrativo	Cuenta por pagar aprobada	Proceso de Pago y Tesorería

EMISOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
Gestión de Recursos Físicos y Apoyo Logístico	Solicitud de autorización Pedidos	Verificación de la solicitud  Autorización	almacen	Solicitud de disponibilidad presupuestal  Relación para pago	Gestión Presupuestal , contabilidad , Gestión de Pagos y Tesorería
Gestión Presupuestal y Contable	Disponibilidad presupuestal y registros presupuestal elaborados	Verificación de documentos soporte Autorización de Pago	Presupuesto auxiliar Administrativo	Cuenta por pagar aprobada	Proceso de Pagos y Tesorería
Gestión Presupuestal y Contable	Disponibilidad presupuestal, registros presupuestal y Orden de Pago elaborados	Elaboración de Resolución y legalización mediante la firma	presupuesto  auxiliar Administrativo	Resolución y soportes de la cuenta para pago	Proceso de Pagos y Tesorería
Lider de cada procedimiento ,	Informes de cumplimiento	Recepción y verificación de los documentos	Subdirector administrativo. Desam. organizacional	Envío de archivos	Entes de control
Alta Dirección	Autorización de contratación	Verificación de la documentación  Ingreso de datos al sistema  Elaboración, perfeccionamiento del contrato	jurídica	Contrato elaborado	Contratante-supervisor

EMISOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
Gestión del Talento Humano	Solicitud de necesidades de capacitación, inducción, entrenamiento, bienestar social	H Identificación de necesidades  Análisis de necesidades de infraestructura y mantenimiento de equipos  Aplicación de las directrices documentales  Revisión, análisis de la gestión documental en el Proceso  Ejecución de los documentos exigidos por la norma  Ejecución "Planificación, Control y Seguimiento al SIG"  Medición de indicadores  Toma de acciones de mejora continua	Gestión talento humano, subdirector administrativo, tecnólogo gestión humana	Solicitud de necesidades de capacitación, inducción, entrenamiento, bienestar social	Gestión del Talento Humano
Infraestructura y Logística	Necesidades de mantenimiento de equipos e infraestructura		subdirector administrativo-mantenimiento	Solicitud de requerimientos	Infraestructura y Logística
Gestión Documental	Directrices de la documentación		subdirector administrativo-archivo documental		
Administración del SIG	Documentación SGC		Líder del Proceso	Documentación actualizada  "Actas de Reunión"  Informes acorde a las fechas establecidas	Administración del SIG



Subdirección Administrativa y Financiera	Solicitud de requerimientos de bienes y servicios		Revisión y aprobación menores a 300 smmlv Solicitud de disponibilidad presupuestal Ejecución del Proceso Precontractual Designación del supervisor o interventor	Cada proceso area	Contrato o Convenio	Almacén e Inventarios
<b>EMISOR</b>	<b>ENTRADA</b>		<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>SALIDA</b>	<b>RECEPTOR</b>
Administración del SIG	Plan de Auditorías Internas	V	Ejecución de Auditorías	Desarrollo Organización Control interno	Informes de Auditorías	Control Interno
Control Interno	Solicitud de Planes de mejoramiento producto de auditorías		Elaboración del plan de mejoramiento		Plan de mejoramiento aprobado	
<b>EMISOR</b>	<b>ENTRADA</b>		<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>SALIDA</b>	<b>RECEPTOR</b>
Administración del SIG  Control Interno	Solicitud de informes de avance	A	Ejecución de acciones correctivas y preventivas	Subdirección Administrativa Desarrollo Organización	Control y seguimiento a la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	Administración del SIG  Control Interno
	Instrumento para identificación de riesgos (Mapa de riesgos del proceso)		Seguimiento y control a los riesgos identificados y valorados		Riesgos actualizados y controlados	

**CRITERIOS DE SEGUIMIENTOS Y CONTROL**

	QUE SE CONTROLA	COMO SE CONTROLA	QUIEN LO CONTROLA	FRECUENCIA DEL CONTROL	REGISTRO DEL CONTROL
Controles a las salidas	Cuentas por pagar aprobadas	Entrega de cuentas al proceso de Pagos descritas Relacionan los soportes Presupuesto	Subdirector Administrativo	Permanente	Xenco
	Solicitud de disponibilidad presupuestal				

**RECURSOS**

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO	TECNOLÓGICOS
Subdirector Gestión Administrativa y Financiera contador, presupuesto, facturación, almacén auxiliares Administrativos	Oficinas (Dotación básica, computadores – software de oficina-impresoras Servicios de apoyo, teléfono	Hardware y Software  Red de comunicaciones ( teléfono, internet, spark, etc )



**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
(CARACTERIZACIÓN PROCESO)**

Código: CP-GRF-GAD:01

Versión: 01

Fecha de actualización: 12-09-2018

**REQUISITOS ASOCIADOS**

NORMAS TECNICAS DE CALIDAD		LEGALES Y DE LA ORGANIZACIÓN	
NTCGP 1000:2009:2015 Gestión de la Calidad en el Sector Público-sistema de calidad	MECI MIPG		Manual de contratación resolución 488/2014 Manual de supervisión resolución 408/2014 Ley de transparencia y el derecho a la información ley 1712/2014

**DOCUMENTOS ASOCIADOS**

DOCUMENTOS	Listado Maestro de Documentos Internos
REGISTROS	Listado Maestro de Formatos
INDICADORES	Listado Maestro de Indicadores Internos
RIESGOS	Mapa de Riesgos
OBJETIVOS DE CALIDAD ASOCIADOS	Garantizar la sustentabilidad y crecimiento institucional

**Objetivo:**

Gestionar de manera oportuna y adecuada el trámite a las objeciones de pago interpuestas por las Entidades Responsables de Pagos (ERP) a la facturación.

**Alcance:**

El procedimiento inicia con la recepción de la glosa y termina con el levantamiento, aceptación de la Misma, con el respectivo recobro, su conciliación o la nota crédito, si hubiere lugar a ello.

**Responsables:**

Auxiliares administrativos facturación

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La distribución o remisión de la documentación aportada en la glosa, deben realizarse de manera oportuna, para que los responsables de la gestión de glosas cuenten con el tiempo necesario para el análisis y la realización del trámite requerido.</li> <li>• Todas las glosas presentadas por las aseguradoras e IPS deben tener respuesta por la ESE, independientemente que sean o no subsanables.</li> <li>• La Institución debe responder las glosas dentro de los términos establecido en la normativa vigente.</li> <li>• Propiciar buenas relaciones comerciales con las aseguradoras e IPS.</li> <li>• Cuando se reiteran las glosas y no hay acuerdo se debe llegar a una conciliación entre las partes.</li> <li>• Toda la documentación recibida debe tener recibido del centro documental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos de cómputo</li> <li>• Software XENCO – hc y cartera</li> <li>• Estados de factura</li> <li>• Internet</li> <li>• Bases de datos EPS</li> <li>• Línea telefónica</li> <li>• Formato de respuesta a glosas y devoluciones.</li> <li>• Manuales tarifarios.</li> <li>• Historias clínicas</li> <li>• Normatividad existente en facturación</li> <li>• Contratos con las diferentes entidades</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta y gestión de la totalidad de las glosas y devoluciones en los términos normativos.</li> <li>• Cartera saneada y gestión al día en las</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir del centro documental los oficios y notificaciones de glosas debidamente radicadas	Auxiliar administrativo facturación	Oficios y notificaciones
2	Iniciar el diligenciamiento de la respuesta a glosa en el Software Institucional para que muestre como resultado la trazabilidad de la factura, según resolución 3047 de 2008.	Auxiliar administrativo facturación	Respuesta a glosa
3	Responda las glosas de pertinencia administrativa, la asistencial en los términos de la normatividad vigente; revise la causal de glosa, anexe los soportes requeridos y elabore oficio de respuesta.	Auxiliar administrativo facturación	Revisión de causal de glosa
4	Entregue el oficio de la respuesta a glosa al centro documental para que asigne el respectivo radicado y sea enviado con los soportes a la entidad responsable de pago dejando las copias como evidencia.	Auxiliar administrativo facturación	Oficio con radicado
5	Radique el recibido firmado por la Entidad responsable del pago y archive en sus respectivas carpetas.	Auxiliar administrativo facturación	Recibo de entidad responsable firmado
6	Realice un informe de las causas más frecuentes de glosa para llevar al comité y con el fin de socializarlas con los generadores y así retroalimentarlos en busca de disminuir su ocurrencia	Auxiliar administrativo facturación	Informe de glosas

**Definiciones:**

**CARTERA:** Gestión de pagos, pago a proveedores.

**CARTERA EN MORA:** Monto total de créditos que resulta de sumar la cartera vencida más la cartera en ejecución.

**FACTURA:** Se utiliza para registrar contablemente, tanto las cantidades como los valores correspondientes a los servicios vendidos a otras entidades, afectando lo correspondiente a la carga tributaria.

**GLOSA:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud.

**ERP:** Empresa Responsable de Pago.

**Documentos de Referencia:**

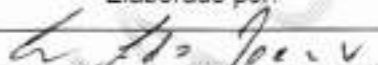
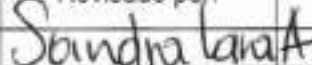

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

**Riesgos del procedimiento**

Se registran los principales riesgos del procedimiento así como las consecuencias que se puedan derivar de su presencia y los controles para minimizarlos o eliminarlos.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Luis López Valencia	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico Operativo Facturación y cartera	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Gestionar el recaudo de cartera en forma oportuna a cada una de las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud, y recuperar oportunamente las cuentas por cobrar generadas a los usuarios atendidos en la ESE Hospital Carisma que permitan un flujo de caja adecuada, y de esta manera contribuir a la sostenibilidad financiera de la ESE Hospital Carisma.

**Alcance:** Este procedimiento inicia desde que se facturan cada uno de los servicios prestados en la ESE Hospital Carisma a los usuarios y finaliza cuando se recauda el dinero o se toman las medidas de castigar la cartera por medio de un trámite administrativo

**Responsables:** Subdirección administrativa y financiera/Técnico Operativo/Auxiliar Administrativo/ Área Jurídica.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<p>Las facturas crédito con firma del usuario o sello de recibido y/o oficio remitario de radicación, de la entidad pagadora radicada en el programa de Xenco.</p> <p>Verificar que el dinero recaudado por cada Auxiliar Administrativo corresponda al valor entregado mediante acta en planilla diaria de recaudos a la tesorería de la E.S.E.</p> <p>Arqueos permanentes de Caja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo con conexión a red local</li> <li>• Impresora</li> <li>• Internet</li> <li>• Escáner</li> <li>• Fotocopiadora</li> <li>• Software asistencial, facturación y Cartera.</li> <li>• Material de oficina.</li> <li>• Equipos de comunicación: Teléfono</li> <li>• Acceso al chat</li> <li>• Acceso a los aplicativos de reporte de la institución.</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Ley 100 de 1993 Decreto 2423 de 1996 Decreto 3020 de 1997 Decreto 1281 de 2002 Ley 1122 de 2007 Decreto 1438 de 2011 Resolución 3047 de 2008 Decreto 4747 de 2007 Acuerdo 260 de 2004 Decreto 2357 de 1995 Nuevo marco normativo contable de Colombia Políticas Contables Institucionales. Normatividad Interna de la ESE Hospital Carisma</p>	<p>Recaudo oportuno de las cuentas por cobrar a Entidades Responsables de Pago – ERP Recaudo oportuno de los pagos realizados por los pacientes.</p>

**1. CARTERA CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO**

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1.1	Recibir del Auxiliar Administrativo de archivo, las facturas crédito radicadas y verificar que tengan el sello de recibido por la entidad pagadora.	Auxiliar de Archivo y Técnico Operativo	Oficio de radicado
1.2	Verificar en Software de cartera que coincida el consecutivo y valor de las facturas crédito generado con las facturas radicadas.	Técnico Operativo	Informe mensual de facturas
1.3	Generar informe de vencimientos, para gestionar y controlar la cartera por edades desde el Software en el módulo de cartera.	Técnico Operativo	Informe de cartera por vencimientos
1.3.1	Analizar el reporte exportado de cartera y generar la base de datos informe entidades.	Técnico Operativo	Informe de cartera por vencimientos
1.3.2	Realizar la programación de cobros de acuerdo a las edades de la cartera (priorizar las cuentas más vencidas).	Técnico Operativo	Informe de cartera por vencimientos
1.4	Circularizar cartera con vencimientos mayores a 90 días.	Técnico Operativo	Comunicado escrito a las entidades
1.5	Conciliar cartera con las respuestas de la circularización.	Técnico Operativo	Respuesta por escrito de la entidad
1.5.1	Con la respuesta de la entidad, seleccionar las facturas que reportan con aplicación de glosas por las ERP.	Técnico Operativo	Respuesta por escrito de la entidad
1.5.2	Verificar con la Auxiliar Administrativa, encargada de realizar auditoría de glosas, si fueron radicadas glosas a las facturas reportadas con valores glosados por la ERP.	Auxiliar Administrativo	Respuesta a Glosa
1.5.3	Realizar las notas crédito en el software de cartera, y archivarlas en la carpeta de notas crédito con los soportes de autorización y verificar en el módulo que si se aplique el descuento de los valores no subsanables.	Auxiliar Administrativo	Nota Crédito
1.6	Gestionar el cobro, registrando los datos básicos del mismo: (Fecha de cobro, Cliente, Receptor de	Técnico Operativo	Planilla de cobro registro



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	mismo: (Fecha de cobro, Cliente, Receptor de llamada, compromisos realizados para el pago).		registro
1.6.1	Verificar en el formato de Gestión de Cobro Registro de recaudo de cartera las entidades que tienen compromisos de pago	Técnico Operativo	Planilla de cobro registro
1.7	Informar, vía correo electrónico, a tesorería los compromisos de pago.	Técnico Operativo	Correo electrónico
1.7.1	Reportar a Cartera las novedades de pago de las entidades pagadoras, y actualizar el formato de flujo de caja	Tesorería	Flujo de caja
1.8	Identificar con la ERP, mediante llamada telefónica o correo electrónico o consulta en el ADDRESS, el número de la factura cancelada y el convenio al que pertenecen las facturas canceladas.	Técnico Operativo	Soporte de facturas canceladas
1.9	Elaborar recibo de caja en el software de cartera saldando las cuentas pendientes de la entidad que pago.	Técnico Operativo	Recibos de caja
1.10	Cruzar y conciliar información de cartera con el área de contabilidad para realizar informes a los entes de control	Técnico Operativo y Contadora	Formato de conciliación
1.10.1	Cruzar y conciliar información de cartera con el área de presupuesto para evaluar las ejecuciones durante la vigencia	Técnico Operativo y Profesional universitaria	Formato de conciliación
1.11	Elaborar informe de gestión de cartera de acuerdo a las fechas de vencimiento e identificar negativas de pagos, y presentar el informe al Comité Técnico de Sostenibilidad	Técnico Operativo	Acta de comité
1.12	De acuerdo a los hallazgos encontrados con cada institución responsable de pago y con el objetivo de reducir los días de cartera o incrementar la rotación de cartera, se gestionarán acuerdos de pago.	Técnico Operativo	Acuerdos de pago
1.13	Verificar el cumplimiento de los acuerdos de pago y ajustar las actividades de acuerdo a los resultados.	Técnico Operativo	
1.14	Enviar base de datos de cartera con vencimiento superior a 60 días al área jurídica.	Técnico Operativo	Comunicado interno
1.15	Entregar facturas físicas, recibos de caja y la relación de las facturas por el valor del pago al final del año, al archivo central de la entidad.	Técnico Operativo	Formato de archivo

**2. CUADRE DIARIO DE CAJA**

<b>No.</b>	<b>ACTIVIDADES ESENCIALES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DOCUMENTO/REGISTRO</b>
2.1	Totalice las facturas generadas en el día	Auxiliar administrativo facturación	Total recaudo
2.2	Clasifique el dinero en monedas y billetes	Auxiliar administrativo facturación	Dinero de caja
2.3	Guarde el dinero recaudado	Auxiliar administrativo facturación	
2.4	Conservar diariamente en el espacio adecuado para tal fin, la base que le fue asignada desde el área de tesorería.	Auxiliar administrativo facturación	Caja
2.5	Entregue en tesorería el dinero recaudado al finalizar el día	Auxiliar administrativo facturación	Dinero recaudado
2.6	Ingresa al sistema informático institucional para generar el listado de recibos de caja vs facturas, el usuario, el valor total de las facturas y recibos generados en archivo que será denominado auditoría al cierre de caja general y verifique diariamente que los recibos de caja coincidan con el dinero recaudado.	Tesorería	Informe de cuadro de caja por usuarios facturados
2.7	Cuente el dinero, comparando el dinero físico con el valor registrado por el sistema	Auxiliar administrativo facturación-tesorería	Entrega tesorería
2.8	Diligencie el formato de consignación y entregue al mensajero para su posterior consignación en la entidad bancaria que corresponda.	Tesorería	Formato de consignación

**3. ACUERDOS DE PAGO (PAGARÉ)**

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
3.1	Recibir de consulta externa la autorización de servicios	Auxiliar Administrativo facturación	Autorización Eps
3.2	Verificar en el sistema quienes son los posibles pagadores y cuanto es el monto a realizar acuerdo de pago	Auxiliar Administrativo facturación	Acuerdo 260 de 2004
3.3	Solicitar el documento de identidad al acudiente que quedar responsable del pago	Auxiliar Administrativo facturación	Documento de identidad
3.4	Diligenciar el formato de (acuerdo de pago) con los datos veraces (nombre completo, documento de identidad, dirección de residencia, teléfono fijo y móvil, identificación del usuario y Eps a la que pertenece)	Auxiliar Administrativo facturación	Acuerdo de pago
3.5	Estipular los tiempos de pago de la deuda adquirida	Auxiliar Administrativo facturación	Acuerdos de pago
3.6	Imprimir el formato de acuerdo de pago en original y copia, entregar al responsable para que firme con huella dactilar	Auxiliar Administrativo facturación	Acuerdo de pago
3.7	Una vez firmado se ingresa en el cuadro de control de acuerdos de pago diligenciando todos los datos y se archiva en carpeta de pagares	Auxiliar Administrativo facturación	Cuadro registro
3.8	Se realiza recibo de caja RD, con los datos del usuario y el valor abonado	Auxiliar Administrativo facturación	Recibo de caja
3.9	Verificar la cantidad de dinero e imprimir el RD y entregarle al usuario	Auxiliar Administrativo facturación	Recaudo dinero
3.10	Al finalizar el día entregar el recaudo de caja a tesorería	Auxiliar Administrativo facturación	Factura de venta de servicios

#### 4. INFORMES

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
4.1	Cartera por vencimientos	Técnico Operativo	
4.2	Cartera para SIHO (decreto 2193 de 2004)	Técnico Operativo	

#### Definiciones:

**CIRCULARIZAR CARTERA:** Una de las técnicas de auditoría más empleadas por Revisores Fiscales, auditores internos y auditores externos en todos los procesos de revisión de Estados financieros es la conocida como Circularizaciones; que consisten en documentos que son remitidos directamente por el Representante Legal de la empresa auditada y en los que se solicita que algunos de los clientes, o bancos, o proveedores, etc., etc. con los cuales la empresa tiene vínculos comerciales le colaboren haciendo llegar directamente a los auditores o Revisores Fiscales la información que allí se les solicita para lograr de esa forma un cruce de información que facilite verificar la validez de las cifras financieras que se están auditando.

**CARTERA:** Recursos económicos propiedad de una empresa que la generarán un beneficio en el futuro Forman parte del activo circulante Entre las principales cuentas que están incluidas en este rubro se encuentran: Clientes

**Conciliación:** Proceso mediante el cual se verifican los movimientos que afectaron las cuentas por cobrar durante el mes, conforme a la competencia de los Grupos de Trabajo que intervienen en el proceso Cartera, para establecer diferencias o igualdad y conforme al caso definir las acciones a seguir e informar sobre su justificación.

**Movimiento bancario:** Cambios presentados en las cuentas bancarias durante periodos de tiempos establecidos por concepto de recaudo.

**Recaudo:** transacciones de depósitos realizadas por terceros en las diferentes cuentas bancarias de la Entidad.

**Ajuste:** Movimiento débito o crédito que afecta las cuentas por cobrar, soportado en acciones atípicas de la operación, tales como: Depuración contable, registro de información duplicada, decisiones del comité de Sostenibilidad Contable entre otras.

**Acuerdos de Pago:** son las formulas o acuerdos entre el deudor y la entidad para fragmentar de cada una de las facturas pendientes.

**Objeción:** Facturas que han sido rechazadas por la E.P.S por alguna devolución

**Depuración:** Es el proceso administrativo que permite corregir las inconsistencias con el fin de mantener una información financiera real.

**ERP:** Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (**EAPB**) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

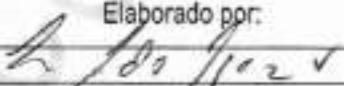
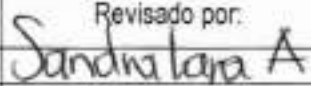
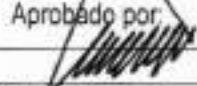
**Riesgos del procedimiento**

Riesgo	Consecuencias	Controles
No recuperación de cartera	No reporte de los pagos. Falta de oportunidad en la entrega de cartera a los Abogados.  Falta de gestión en el cobro de cartera.	Llamada telefónica a las EAPB. Revisión del Informe de Con el Abogado Informe de gestión de cobro de cartera
Cartera mayor a 180 días	Alteración negativa de los Estados financieros.  Falta de liquidez para cubrir las obligaciones	Revisión exhaustiva de la Cartera de las EAPB, que tienen un comportamiento de cartera no deseado.
Aplicación de pagos no pertinente.	Cartera no confiable. Reproceso administrativo	Comunicación con las EAPB, verificando los pagos a que facturas corresponden.  Verificar si las facturas tienen Glosas.

**Mecanismos de Evaluación:**

Esta parte es fundamental para verificar la eficacia del procedimiento y para controlar si el objetivo del procedimiento se está cumpliendo de acuerdo a los resultados esperados. Debe contemplar Quién lo hace, Cómo lo hace, Cuándo lo hace y dónde se presenta; Ejemplo: El responsable del Servicio de Hospitalización (quién) presentará el indicador de eventos adversos (cómo) en forma mensual (cuándo) en el comité de Seguridad (dónde)

De esta manera estaremos evaluando si las actividades (o en general lo establecido en el procedimiento) que tenemos planteadas si son suficientes y pertinentes para lograr los resultados que queremos del mismo

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Luis López Valencia	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico Operativo Facturación y cartera	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Asegurar que todos los hechos contables realizados en la empresa estén de acuerdo a las normas contables, tributarias y laborales, obteniendo datos reales y con total veracidad para ser reflejados en los informes y en los estados financieros generados para los entes de control y la toma de decisiones gerenciales con la buena gestión en la información entregada después de un análisis y control de los ingresos y egresos de dinero, títulos valores e inversiones y obtención de bienes y servicios.

**Alcance:** Desde el momento de cierre o terminación de digitación del mes contable de las áreas de facturación, cartera, tesorería, presupuesto, inventarios, nómina, compras y contratación hasta el momento de generación de informes y la impresión de libros contables.

**Responsable:** Subdirección Administrativa y Financiera – Contabilidad

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	INSUMOS NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normatividad vigente en presupuesto, tributaria, economía, laboral y contable.</li> <li>- Facturas de venta, recibos de caja, informe de cartera, Facturas de compras y/o cuentas de cobro, órdenes de pago, inventarios de almacén y de farmacia, flujos de caja, extractos bancarios, ajustes contables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos tecnológicos (Software y Hardware), que garantice el proceso</li> <li>- Normas, circulares, instructivos</li> <li>- Documentos soportes, novedades, actualizaciones y modificaciones, financieras, económicas, ambientales y sociales.</li> <li>- Documentos soportes de hechos económicos</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facturas de proveedores que soportan las compras, Entradas y salidas de almacén y farmacia por compra, traslados o reintegros de mercancías.</li> <li>- Facturas de ventas de servicios • Extractos bancarios</li> <li>- Aceptaciones de oferta, contratos, requisiciones y demás documentación que garantiza el trámite interno de la operación – Compras.</li> <li>- Liquidación de nómina y contratos por prestación de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información validada y confrontado con documentos.</li> <li>- Registro actualizado del sistema.</li> <li>- Informes veraces y oportunos para la Junta Directiva, Gerencia, Área Administrativa y Entes de Control.</li> <li>- Soporte para la gestión de control interno, auditoría y planeamiento de la ESE</li> </ul>

### 1. REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE ALMACÉN Y FARMACIA

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir y verificar documentos	Técnico Almacén y Bienes y Regente de	Facturas y planillas

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		Farmacia	
2	Digitar información.	Técnico Almacén y Bienes y Regente de Farmacia	Factura
3	Realiza interface al Módulo de contabilidad.	Técnico Almacén y Bienes y Regente de Farmacia	Causación contable
4	Verificar que el movimiento generado a través del documento de Almacén y Farmacia se cause en el módulo de contabilidad, Comprobando que tengan afectación a la cuenta contable establecida para ello de acuerdo a la normatividad vigente	Auxiliar Contable - Contador	Conciliación y Balance

## 2 REGISTRO ORDENES DE PAGO

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir y verificar documentos	Tesorería	Facturas y planillas
2	Digitar información.	Tesorería	Orden de Pago y
3	Realiza interface al Módulo de contabilidad.	Tesorería	Egreso
4	Verificar que el valor de cuentas por pagar sea igual a la existencia de las facturas causadas en contabilidad con el documento fuente. Comprobando que tengan afectación a la cuenta contable establecida para ello de acuerdo a la normatividad vigente	Contador	Conciliación y Balance

## 3. REGISTRO DE NÓMINA Y CONTRATOS DE SERVICIO

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir y verificar documentos	Técnico Operativo – Administración de Personal	Novedades de nómina (Nómina, Incapacidades, cuadro de turnos, vacaciones entre otros)
2	Digitar información.	Técnico Operativo – Administración de Personal	Nómina
3	Realiza interface al Módulo de contabilidad.	Técnico Operativo –	Nómina generada



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		Administración de Personal	
4	Verificar que el valor de liquidado en el módulo de nómina sea igual a los datos arrojados en la interface al módulo de contabilidad, Comprobando que tengan afectación a la cuenta contable establecida para ello de acuerdo a la normatividad vigente.	Auxiliar Contable - Contador	Conciliación y Balance

#### 4. REGISTRO DE FACTURAS DE VENTA

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir y verificar documentos	Técnico Operativo - Facturación y Cartera	Facturas de usuarios
2	Digitar información.	Técnico Operativo - Facturación y Cartera	Factura tipo entidad
3	Realiza interface al Módulo de contabilidad.	Técnico Operativo - Facturación y Cartera	Registro en módulo
4	Cruzar el valor de los documentos soportes facturas causadas sean igual al valor registrado en la contabilidad, comprobando que tengan afectación a la cuenta contable establecida para ello de acuerdo a la normatividad vigente.	Contador	Conciliación y Balance

#### 5. REGISTRO INFORME DE CAJA Y BANCOS

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir y verificar documentos	Tesorero - Técnico Operativo - Facturación y Cartera	Recibos de Caja
2	Identificar proveedor y régimen, para registrar la información.	Técnico Operativo - Facturación y Cartera	Registro por Régimen
3	Realiza interface al Módulo de contabilidad.	Tesorero - Técnico Operativo - Facturación y Cartera	Registro en módulo
4	Cruzar el valor de los documentos soportes recibos de caja y consignaciones causadas sean igual al valor	Contador	Conciliación y Balance

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	registrado en la contabilidad, comprobando que tengan afectación a la cuenta contable establecida para ello de acuerdo a la normatividad vigente.		

## 6. CONCILIACIÓN BANCARIA

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir y verificar documentos	Auxiliar Contable - Tesorería	Extractos Bancarios
2	Identificar cuentas de banco y cuenta contable	Auxiliar Contable	Asiento contable
3	Realiza interface al Módulo de contabilidad.	Tesorero	Registro en módulo
4	Cruzar información libro auxiliar de bancos Vs extracto bancario	Auxiliar Contable	Balance
5	Generar conciliación bancaria	Auxiliar Contable	Conciliación
6	Verificar y Firmar Conciliaciones bancarias	Contador	Conciliación - Balance

## 7. DEPRECIACIONES, AMORTIZACIONES Y PROVISIONES

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Verificar que todos los activos depreciables estén registrados en el módulo de activos fijos	Técnico Administrativo – Almacén y Bienes	
2	Realizar depreciación en el módulo de activos fijos	Técnico Administrativo – Almacén y Bienes	Documento contable
3	Realizar interface al Módulo de contabilidad.	Técnico Administrativo – Almacén y Bienes	Registro en módulo
4	Realizar Amortizaciones en el módulo de contabilidad	Técnico Administrativo – Almacén y Bienes	Documento contable
5	Realizar Provisión de prestaciones sociales en el módulo de nomina	Técnico Operativo – Administración de Personal	
6	Realizar Deterioro de cartera en el módulo de contabilidad	Comité de Cartera – Contador	Documento contable

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
7	Verifica que las depreciaciones, amortizaciones y provisiones se estén causando en el módulo de contabilidad, comprobando que tengan afectación a la cuenta contable establecida para ello de acuerdo a la normatividad vigente.	Contador	Conciliación y Balance

### 8. AJUSTES

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Verificar las interfaces realizadas en los diferentes módulos	Contador	Conciliaciones entre módulos
2	Revisar la causación de los comprobantes contables en el módulo de contabilidad	Contador	Conciliaciones entre módulos
3	Realizar los ajustes contables en el módulo de contabilidad	Contador	Documento de Ajuste
4	Digitar comprobante de ajustes en el módulo de contabilidad.	Contador	Documento de Ajuste

### 9. DECLARACIÓN Y PAGO DE IMPUESTOS

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Generar libro auxiliar y balance de comprobación, para elaborar las declaraciones tributarias de cada periodo	Auxiliar Contable	Libro Auxiliar
2	Enviar información tanto a Revisoría Fiscal como al Contador, para la revisión y aprobación	Auxiliar contable	Correo electrónico
2	Ingresar los datos en los formularios establecidos para ello de acuerdo a cada obligación en la página Web de la DIAN	Auxiliar Contable	Formularios
3	Revisar que los formularios estén diligenciados acordes a los libros contables.	Revisoría Fiscal	Formularios
4	Firmar los formularios de las obligaciones tributarias en forma digital	Revisoría Fiscal – Representante Legal	Formularios
5	Generar comprobante de egreso y pago de la obligación tributaria en la fecha establecida por la DIAN de acuerdo a cada obligación tributaria	Tesorera	Egreso y comprobante de pago
6	Recolectar la información pertinente para entregar al Centro Documental	Auxiliar Contable	Oficio y soportes

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
7	Presentar Información ante entidad competente	Mensajero	

#### 10. CIERRE CONTABLE

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Realizar los traslados entre las cuentas de costos dando cumplimiento al manual de procedimientos establecido por la Contaduría General de la Nación	Contador	Documento contable
2	Verificar que los saldos de las diferentes cuentas contables estén de acuerdo a su naturaleza	Contador	Balance de Prueba
3	Generar el cierre contable en el software de gestión	Contador	Balance General

#### 11. GENERACIÓN DE INFORMES

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Analizar cuentas que componen el Balance General como son los activos, pasivo y patrimonio, las cuentas que conforman Estado de Actividad Económica y Social	Contador	Estados Financieros
2	Consolidar la información y generar informes financieros. Para los entes de control en las fechas establecidas y servir como asesor a la gerencia y a la Junta Directiva	Contador	Estados Financieros
3	Entregar informes de los estados financieros a la revisora fiscal para que sean revisados y poder darlos a conocer a los entes de control y la gerencia, junta directiva y publicarlos en los diferentes medios establecidos para ello.	Contador	Estados Financieros
4	Digitar los estados financieros en los formatos de las páginas de los entes de control como ministerio de protección social (2193) trimestral, contraloría (anual), contaduría (trimestral), supersalud (Semestral) en las fechas establecidas,	Contador	Reportes a Entes de Control

#### DEFINICIONES:

- **AMORTIZACIÓN:** Reducciones graduales de la deuda a través de pasos periódicos sobre el capital prestado. Recuperación de los fondos invertidos en un activo de una empresa. O también puede como: la devolución de una deuda o de un capital tomado en préstamo (principal), más

- los intereses correspondientes si ellos existen. La extinción de la deuda puede hacerse de una sola vez o mediante pagos parciales por periodos de tiempo previamente establecidos.
- **AJUSTAR:** Son los que se realizan habitualmente al cierre del respectivo ejercicio. El registro de una transacción contable que tiene por objeto corregir un error; contabilizar una acumulación; dar de baja en libros una partida; hacer una provisión para cuentas incobrables; considerar una depreciación u otro motivo similar
  - **BALANCE GENERAL:** Estado contable que muestra el total de activos, el total de pasivos y el patrimonio de una empresa en un momento del tiempo
  - **CAUSACIÓN:** El registro de los ingresos y gastos del presupuesto requiere previamente, contar con los actos administrativos de reconocimiento del derecho o de la obligación, derivados del hecho económico, sin perjuicio de observar el precepto de cumplimiento de las disposiciones vigentes.
  - **CONCILIACIÓN BANCARIA:** Proceso Sistemático de comparación entre los ajustes contable de una cuenta corriente realizada por el banco y la cuenta de bancos correspondientes en la contabilidad de una empresa, con una explicación de las diferencias encontradas.
  - **COSTOS:** Representa la inversión necesaria para producir o adquirir artículos para la renta.
  - **DEPRECIACIÓN:** es una reducción del activo fijo, sea en cantidad, calidad, valor o precio, debida al uso, a la obsolescencia o sólo por el paso del tiempo. La depreciación se mide anualmente, y depende de los factores ya mencionados, así como del precio de compra y la duración estimada del activo
  - **DIAN:** dirección de impuestos y aduanas nacionales
  - **ESTADO DE RESULTADOS:** Estado de actividad financiera, económica y social. Señala la actividad financiera, económica y social del ente público y revela el flujo de recursos percibidos y consumidos en cumplimiento de su cometido estatal, expresado en términos monetarios, durante un período determinado
  - **INFORME FINANCIERO:** Información de carácter periódico sobre la posición financiera de una organización o de algunas de sus actividades, incluyendo la prestación de resultados, actividades desarrolladas, cifras de ventas, entre otros.
  - **INTERFACE:** Conexión e interacción entre hardware, software y el usuario
  - **PROVISIÓN:** Suma conservada por la empresa con vistas a cubrir una carga o una pérdida eventual.

#### DOCUMENTOS REFERENCIA



- Facturas o cuenta de cobro
- Facturas de ventas
- Entradas y salidas de Almacén y farmacia
- Copia del contrato y sus anexos
- Pago de Seguridad Social del proveedor
- Recibo a Satisfacción
- Recibos de caja
- Comprobantes de egresos

- Órdenes de pago
- Extractos bancarios
- Gerencial de farmacia y almacén
- Formulario de Retención en fuente, Renta
- Formulario para pago seguridad social
- Comprobantes contables
- Disponibilidad y registro presupuestal

**REGISTROS**

- Causación contable
- Órdenes de pago o egresos contables
- Impresión de nóminas con soportes de pagos.
- Compromiso presupuestal.
- Disponibilidad presupuestal.
- Actas de liquidación.
- Conciliación Bancaria
- Comprobantes contables

Riesgo	Consecuencias	Controles
Registro de información errada en el Sistema Integrado de Información Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No presentar la realidad financiera de la entidad.</li> <li>- Sanciones a la entidad</li> <li>- Procesos disciplinarios en contra de los funcionarios de la entidad</li> <li>- Inadecuada toma de decisiones desde el punto financiero de la entidad</li> </ul>	Conciliaciones
Registro de información incompleta en el Sistema Integrado de Información Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los estados financieros no reflejan la situación económica de la entidad, al no ser reportados a plenitud los movimientos económicos.</li> </ul>	Conciliaciones
No reporte de la información a la Contaduría General de la Nación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanciones a la entidad</li> <li>- Apertura de procesos disciplinarios a los directivos y funcionarios de la entidad</li> </ul>	

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolima Andrea López	Sandra Lara A.	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Profesional Universitario Recursos financieros	Desarrollo Organizacional	Gerente

**OBJETIVO:** Realizar y verificar las obligaciones que llegan al área de contabilidad para que la información sea confiable y oportuna para la prestación del servicio.

**Alcance:** Inicia con la recepción de documentos para la causación de las facturas de compras o de servicios, cuentas de cobro y documentos equivalentes y finaliza con la entrega al responsable de la rendición en gestión transparente.

**Responsable:** Contador o quien haga sus veces y Auxiliar Administrativo.

#### **DATOS A TENER EN CUENTA (GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO)**

- Parte integral de la Cadena presupuestal.
- Los documentos requeridos para trámite de pagos dependen del tipo de pago a realizar y de la naturaleza del contratista (Natural, Jurídica, Régimen Común o Simplificado).
- Los soportes para la causación de obligaciones se reciben dentro de los tiempos establecidos por la Entidad, en aras de dar cumplimiento a los diferentes informes de los entes de control (Estampillas, Retención en la fuente, Contribución especial)
- Cada área tiene como tiempo establecido para la entrega de la información a contabilidad, los primeros cinco (5) días de cada mes con el fin de realizar el cierre contable.
- No se aceptan remisiones únicamente facturas.
- En caso de ser tipo de régimen simplificado debe anexar un documento equivalente, adjuntando la información requerida por la entidad.

Toda factura tiene los siguientes requisitos:

- Fecha de factura
- Nombre, Nit, dirección, teléfono del vendedor.
- Nombre, Nit, dirección, teléfono del comprador.
- Número de la factura de venta.
- El detalle del servicio o del bien
- Valor gravado e iva o valor exento.
- Resolución de la DIAN donde se aprueba el consecutivo de enumeración.
- Régimen tributario, tarifa de ica, si es o no autorretenedor, si es o no gran contribuyente.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<p>Para la creación de un proveedor nuevo se tiene en cuenta: en el módulo de tesorería opción proveedores ingresar la información suministrada en el RUT.</p> <p>Recibir la factura del bien o servicio y/o cuenta de cobro radicada por parte de funcionario con todos sus soportes pertinentes de acuerdo a:</p> <p><b>Anexos para factura de compra:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura original radicada.</li> <li>• Acta de Comité de compras (si aplica)</li> <li>• Cotizaciones (si aplica)</li> <li>• Orden de compra, la expide el encargado del almacén.</li> <li>• Disponibilidad Y Registro Presupuestal</li> <li>• Entrada al almacén ( este hace las veces de recibo a satisfacción)</li> <li>• Certificado de Contraloría.</li> <li>• Certificado de Procuraduría.</li> <li>• Certificado de Policía.</li> <li>• Constancia de pago de Seguridad social y/o Parafiscales.</li> </ul> <p><b>Anexos para factura de Servicios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura original radicada.</li> <li>• Orden de servicios (si no es de un contrato)</li> <li>• Recibo a satisfacción del Interventor.</li> <li>• Disponibilidad Y Registro Presupuestal.</li> <li>• Certificado de Contraloría.</li> <li>• Certificado de Procuraduría.</li> <li>• Certificado de Policía.</li> <li>• Constancia de pago de Seguridad social y/o Parafiscales.</li> <li>• Cámara y Comercio.</li> <li>• Certificado cuenta Bancaria.</li> <li>• Rut.</li> <li>• Cedula Representante Legal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo con conexión a red local y con el software pertinente con el módulo de tesorería y contabilidad.</li> </ul>



REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución 356 de 2007 ; por la cual se adopta el El Manual de Procedimientos, adoptado por la Resolución 356 de 2007, define los criterios y prácticas que permiten desarrollar las normas técnicas y contiene las pautas instrumentales para la construcción del Sistema Nacional de Contabilidad Pública (SNCP). Está conformado por el Catálogo General de Cuentas, los Procedimientos e Instructivos Contables</li> <li>Estatuto Tributario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturas y/o cuentas de cobro registradas en el módulo de contabilidad</li> <li>Entregar de manera oportuna la información de las causaciones del periodo anterior al contador (a) o quien haga las veces.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<b>ELABORACIÓN</b>		
1	Recibir las facturas de compras o servicios y cuentas de cobro.	Supervisores de Contratos, Encargado de gestionar la compra y Auxiliar Administrativo.	Obligaciones Radicadas.
2	Verificar que los documentos anexados estén completos. <u>Por contrato:</u> Factura o cuenta de cobro radicada, informes técnico o de actividades si aplica, Disponibilidad y registro presupuestal, acta de supervisión debidamente diligenciada y firmada, recibo a satisfacción debidamente firmado por el supervisor del contrato, certificado de seguridad social y parafiscales. <u>Por orden de servicios:</u> Factura o cuenta de cobro radicada, cotizaciones, informes técnico o de actividades si aplica, Disponibilidad y registro presupuestal, recibo a satisfacción debidamente firmado, certificado de seguridad social y parafiscales, certificado de la procuraduría, contraloría y policía. Primer vez: cedula representante legal y RUT actualizado, cámara de comercio. Si aplica.	Auxiliar Administrativo	Soportes
3	Si cumple con todos los requisitos se procede con el ingreso de la información; de lo contrario la factura o cuenta de cobro será devuelta al	Auxiliar Administrativo	Planilla con la relación de Obligaciones.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	funcionario o contratista que la entregue. Tener en cuenta las fechas para la entrega de las facturas y cuentas de cobro: 25 de cada mes. Para contabilización de las facturas o cuentas, debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario, según la ley 617.		
4	Registrar las Obligaciones de las Entidades.	Auxiliar Administrativo.	Registro Contable
4.1	Aplicar las deducciones de ley establecidas y generar la obligación	Auxiliar Administrativo	Causación
5	Verificar en el módulo de contabilidad si la obligación quedo debidamente asentada para tener la seguridad de que ésta haya afectado los módulos de tesorería, presupuesto y contabilidad. De lo contrario realizar la revisión adecuada. (causación con tesorería)	Auxiliar Administrativo	Registro modulo contabilidad
6	Entregar a la funcionaria encargada de rendir a la contraloría las obligaciones para registrarlas en forma oportuna en la plataforma (planilla debidamente diligenciada)	Auxiliar Administrativo	Planilla de facturas
7	Informes: Estampillas Departamentales (mensual, tercer día hábil) Retención en la fuente de renta.(mensual según calendario tributario) Contribución Especial. (5% impuesto de guerra si aplica) Industria y Comercio (bimestral)	Auxiliar Administrativo y Auxiliar Administrativa Rendición de Gestión Transparente.	Archivo en Excel

## DEFINICIONES

- **Causación:** Hace referencia a que los hechos económicos deben ser reconocidos en el periodo en el cual se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efectivo o su equivalente.
- **Catálogo General de Cuentas:** se constituye en el instrumento para el reconocimiento y revelación de los hechos, transacciones y operaciones económicas, con base en una clasificación organizada, flexible y pormenorizada de las cuentas, que identifica la naturaleza y funciones de cometido estatal de la Entidad contable pública. (Tomado del Régimen de Contabilidad Pública –RCP- de la CGN, Título I)

- **Cierre Contable:** El cierre contable es el proceso consistente en cerrar o cancelar las cuentas de resultados y llevar su resultado a las cuentas de balance respectivas. Al finalizar un periodo contable, se debe proceder a cerrar las cuentas de resultado para determinar el resultado económico del ejercicio o del periodo que bien puede ser un excedente o déficit.
- **Clasificación:** actividad en la que, de acuerdo con las características del hecho, transacción u operación, se determina en forma cronológica su clasificación conceptual según Catálogo General de Cuentas. (Tomado del régimen de Contabilidad Pública, aspectos relacionados con el proceso contable- CGN. Pág. 570)
- **Comprobantes de Contabilidad:** Son documentos en los cuales se resumen las operaciones económicas de la entidad. Deben elaborarse en Castellano indicando la fecha, origen descripción y cuantía de las operaciones, cuentas afectadas, personas que los elaboran y autorizan y numerarse en forma consecutiva y continua, su codificación se hará de acuerdo con el catálogo general de cuentas.
- **Contabilidad Pública:** Para efectos de la presente ley, la contabilidad pública comprende, además de la Contabilidad General de la Nación, la de las entidades u organismos descentralizados, territorialmente o por servicios, cualquiera que sea el orden al que pertenezcan y la de cualquier otra entidad que maneje o administre recursos públicos y sólo en lo relacionado con éstos. (Tomado de la Ley 298 de 1996).
- **Soportes de contabilidad:** Son documentos idóneos de respaldo que permitan la verificación y comprobación exhaustiva o aleatoria. Estos documentos estarán bajo la custodia de las áreas que los generan y acorde al Sistema de Gestión Documental de la Entidad. Los documentos soportes comprenden reportes de áreas fuente, actas, actos administrativos, contratos, matrículas inmobiliarias, facturas de venta, comprobantes de pago, comprobantes de ingreso, extractos bancarios, conciliaciones bancarias, liquidaciones de nómina, certificaciones de cumplimiento de contratos. En cada caso, el documento soporte idóneo que se encuentre regulado por normativa alguna, debe cumplir los requisitos que señalen las disposiciones legales que le apliquen, así como las políticas y demás criterios definidos por la Entidad.
- **Módulo de contabilidad:** opera en función de una base de datos central racionalmente organizada y elabora los estados financieros de las unidades ejecutoras que conforman la administración central nacional como resultado de la agregación de la información económico-financiera previamente almacenada en los módulos de ingresos, egresos, y cuenta única nacional, situación que garantiza la coherencia de los mismos, dado que se da origen en la misma fuente informativa.

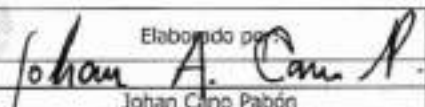
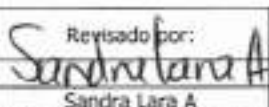

## PUNTOS DE CONTROL

1. Revisar la documentación soporte de la solicitud de la obligación.
2. Aplicar las deducciones de ley establecidas y generar la obligación.

**Riesgos del procedimiento**

Producto conforme Potencial	no	Riesgos Potenciales	Punto de Control	Periodicidad de aplicación de puntos de Control	Indicador del Proceso
Facturas de compras, servicios y cuentas de cobro mal causadas.		La información en las cuentas contables no sean reales ni confiables	Revisar oportunamente la causación en el módulo de contabilidad; cuenta por cuenta.	Permanentemente	Numero de facturas registradas correctamente en el mes/ total de facturas registradas y no registradas en el mes
Parametrización no correcta en las interfaces de los módulos que generan las cuentas a contabilidad		Se presenta el reproceso en el área ya que se debería corregir manualmente el asiento contable.	Revisar y verificar cada uno de los módulos y las interfaces con cada una de las cuentas	Cada vez que se presenten inconsistencias en contabilidad	
Retención en la fuente no presentada o mal liquidada		Pago y sanción del periodo a presentar	Revisar y corroborar las retenciones aplicadas en las obligaciones; presentaría y pagarlas antes del plazo establecido por la DIAN.	Antes de la fecha límite de presentación y pago	
Presentación inoportuna de información contable a los organismos de inspección,					

Producto conforme a Potencial	no	Riesgos Potenciales	Punto de Control	Periodicidad de aplicación puntos Control	de de de	Indicador del Proceso
vigilancia y control.						

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Johan Cano Pabón	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativo	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Realizar la facturación de todos los servicios de salud prestados a los usuarios de la ESE Hospital Carisma,

**Alcance:** Este procedimiento aplica para la facturación de los servicios de salud prestados en la entidad, tanto en la Sede Principal como en la sede ambulatoria.

**Límites:**

Este procedimiento inicia con validación de los documentos que cumplan con los requisitos técnicos administrativos de acuerdo a los manuales tarifarios, y finaliza con la entrega al técnico operativo de facturas de venta radicadas ante la entidad responsable

**Responsables:** Subdirección Administrativa y Financiera/Auxiliares administrativos facturación

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<p>Documentos que cumplan con los requisitos técnicos administrativos de acuerdo al POS vigente, manuales tarifarios, contratos de venta de servicios de salud y la normativa vigente aplicable.</p> <p>Rips debidamente diligenciados y validados de cada una de las atenciones prestadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo con conexión a red local</li> <li>• Impresora</li> <li>• Internet</li> <li>• Escáner</li> <li>• Fotocopiadora</li> <li>• Software asistencial, facturación y Cartera.</li> <li>• Material de oficina.</li> <li>• Equipos de comunicación: Teléfono</li> <li>• Acceso al chat</li> <li>• Acceso a los aplicativos de reporte de la institución.</li> <li>• Malla Validadora de RIPS.</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Decreto 2423 de 1996.</p> <p>Ley 1122 de 2007.</p> <p>Salario Mínimo Legal Vigente Decreto 4747 2007.</p> <p>Resolución 3047 de 2008.</p> <p>Ley 1438 de 2011.</p> <p>Resolución 5269 de 2017.</p> <p>Contratos de Venta de servicios de salud.</p> <p>Acuerdo 260 de 2004.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facturas de Ventas radicadas oportunamente.</li> <li>- Mínimo de glosas por las EAPB de las facturas radicadas</li> </ul>

Decreto 2357 de 1995  
Ley 1566 de 2012

### 1. FACTURACIÓN CITAS AMBULATORIAS

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Validar la autorización de la EAPB del usuario que contiene nombre, documento de identidad, seguridad social.	Auxiliar Administrativo facturación	Autorización EAPB
1.1	debe verificar derechos en las páginas de ADRES * Consulta BDUA y Maestro de Afiliados Compensados*, DNP puntaje SISBEN, Afiliación Régimen Subsidiado en la página de la SSSYPSA	Auxiliar Administrativo facturación	Bases de Datos
1.2	Dependiendo del tipo de contratación que se tenga con las aseguradoras, seguir la validación establecida para cada una de ellas.	Auxiliar Administrativo facturación	Instructivo de plataformas
2	Confirmar en el sistema que la cita esté asignada y que los datos estén correctos.	Auxiliar Administrativo facturación	Base de datos Xenco
2.1	Informar al usuario la suma de dinero que corresponde de acuerdo a la EAPB	Auxiliar Administrativo facturación	Usuario Informado
2.1.1	Recaudar dicho monto; si este pertenece a algún convenio con municipios se le debe reclamar la carta de autorización para proceder al cobro respectivo.	Auxiliar Administrativo facturación	Base de datos
2.2	De no tener la totalidad del monto a pagar, realizar el procedimiento de acuerdos de pago.	Cartera	Acuerdo de Pago
3	Imprimir la factura, hacerla firmar por el usuario y anexarle los respectivos soportes.	Auxiliar Administrativo facturación	Carta autorización
4	Direccionar al usuario para la prestación del servicio facturado.	Auxiliar Administrativo facturación	admisiones
5	Al terminar la consulta imprimirle las órdenes médicas correspondientes.	Auxiliar Administrativo facturación	Anexo 3 y ordenes medicas
6	Periódicamente agrupar las facturas por entidad, Remitir los paquetes con sus respectivos soportes al	Auxiliar Administrativo	Facturas con soporte

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	área central de facturación, para su debida validación	facturación	
7	Trámite de Radicación ante EAPB	Técnico Operativo de Facturación	Oficio remisorio

## 2. FACTURACIÓN HOSPITALIZACIÓN

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Validar la autorización de la EAPB del usuario que contiene nombre, documento de identidad, seguridad social.	Auxiliar Administrativo facturación	Autorización EAPB
1.1	debe verificar derechos en las páginas de ADRES " Consulta BDU A y Maestro de Afiliados Compensados", DNP puntaje SISBEN, Afiliación Régimen Subsidiado en la página de la SSSYPSA	Auxiliar Administrativo facturación	Bases de Datos
1.2	Dependiendo del tipo de contratación que se tenga con las aseguradoras, seguir la validación establecida para cada una de ellas.	Auxiliar Administrativo facturación	Instructivo de plataformas
2	Informar al usuario la suma de dinero que corresponde de acuerdo a la EAPB.	Auxiliar Administrativo facturación	Usuario informado
2.1.1	Recaudar dicho monto; si este pertenece a algún convenio con municipios se le debe reclamar la carta de autorización para proceder al cobro respectivo.	Auxiliar Administrativo facturación	carta de autorización
2.2	De no tener la totalidad del monto a pagar, realizar el procedimiento de acuerdos de pago.	Cartera	acuerdos de pago
2.3	Si el usuario no aporta el dinero correspondiente, gestionar el cobro del copago o cuota de recuperación con la EAPB.	Cartera	cobro del copago
3	Con el usuario hospitalizado, día a día validar los derechos en las bases de datos, y registrar las actividades realizadas por las diferentes especialidades para generar el cobro diario de los servicios.	Auxiliar administrativa facturación	Documento de Cobro diario de los servicios - CUC
4	Liquidación de egresos hospitalarios.	Enfermería	Historia clínica con soportes
4.1	Recibir de enfermería las historias clínicas con los soportes	Enfermería	historias clínicas con los soportes



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
4.1.1	Realizar auditoria previa verificando que coincidan las actividades realizadas vs. Las facturadas, los medicamentos ordenados Vs los administrados por enfermería y que estos estén debidamente facturados, y que las ayudas diagnosticas facturadas estén debidamente soportadas.	Auxiliar Administrativo facturación	Historia clinica con soportes
4.2	Registrar en el módulo de Gestión hospitalaria los días de estancia efectivamente prestados a cada usuario	Auxiliar Administrativo facturación	Historia clinica con soportes
4.3	Verificar los derechos del usuario en las bases de datos, con el objetivo de establecer el trámite con el cobro de los servicios prestados.	Auxiliar Administrativo facturación	derechos del usuario
4.4	Generar e imprimir la factura de los servicios prestados, anexarle los respectivos soportes y hacerla firmar por el usuario.	Auxiliar administrativa facturación	Factura para enviar a la entidad
5	Entregar copia de la factura al usuario		factura

### 3. FACTURACIÓN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Validar la autorización de la EAPB del usuario que contiene nombre, documento de identidad, seguridad social.	Auxiliar Administrativo facturación	Autorización EAPB
1.1	Verificar derechos en las páginas de ADRES Consulta BDU y Maestro de Afiliados Compensados, DNP puntaje SISBEN, Afiliación Régimen Subsidiado en la página de la SSSYPSA	Auxiliar Administrativo facturación	Bases de Datos
1.2	Dependiendo del tipo de contratación que se tenga con las aseguradoras, seguir la validación establecida para cada una de ellas.	Auxiliar Administrativo facturación	Instructivo de plataformas
1.3	Consultar existencia de los medicamentos en el inventario con los respectivos CUMS y la disponibilidad para la venta.	Auxiliar Administrativo facturación-Farmacia	Inventario de medicamentos
2	Informar al usuario la suma de dinero que corresponde de acuerdo a la EAPB	Auxiliar Administrativo facturación	Usuario informado
2.1.1	Recaudar dicho monto; si este pertenece a algún	Auxiliar	Recaudo

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	convenio con municipios se le debe reclamar la carta de autorización para proceder al cobro respectivo.	Administrativo facturación	
3	Entrega de la factura para proceder con la dispensación del medicamento	Auxiliar Administrativo facturación	Factura entregada

### 3. CIERRE DE CAJA DIARIO

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Totalice las facturas generadas en el día	Auxiliar administrativo facturación	Total recaudo
2	Clasifique el dinero en monedas y billetes	Auxiliar administrativo facturación	Dinero de caja
3	Guarde el dinero recaudado	Auxiliar administrativo facturación	
4	Conservar diariamente en el espacio adecuado para tal fin, la base que le fue asignada desde el área de tesorería.	Auxiliar administrativo facturación	Caja
5	Entregue en tesorería el dinero recaudado al finalizar el día	Auxiliar administrativo facturación	Dinero recaudado
6	Ingrese al sistema informático institucional para generar el listado de recibos de caja vs facturas, el usuario, el valor total de las facturas y recibos generados en archivo que será denominado auditoría al cierre de caja general y verifique diariamente que los recibos de caja coincidan con el dinero recaudado.	Tesorería	Informe de cuadro de caja por usuarios facturados
7	Cuente el dinero, comparando el dinero físico con el valor registrado por el sistema	Auxiliar administrativo facturación- tesorería	registro
8	Diligencie el formato de consignación y entregue al mensajero para su posterior consignación en la entidad bancaria que corresponda.	Tesorería	Formato consignación

**4. PROCEDIMIENTO RADICACIÓN**

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES FACTURA ENTIDAD.	RESPONSABLE	DOCUMENTO/REGISTRO
1	Se reciben los paquetes de cada dependencia de facturación y se organizan por entidad y tipo de subfactura (VA, VAG, VC, VCG, VH, VM, VFP, VFS)	Auxiliar administrativo facturación	Usuario creado en sistema
2	En el programa Xenco, por el módulo de Gestión Hospitalaria en Digitación, Factura Entidad, Movimiento de Factura Entidad	Auxiliar administrativo facturación	VFP (venta de medicamentos a particulares)
3	Se digita la fecha de la interface que corresponde al mes en el cual se prestó el servicio, la EAPB, y el rango de fechas y Subfacturas.	Auxiliar administrativo facturación	interfaces
4	Una vez establecida la información anterior se deben seleccionar las Subfacturas que van a hacer parte de la Factura de Venta.	Auxiliar administrativo facturación	RD Recaudo diario
5	Generada la Factura de venta, se graba con Shift F5, se verifica que ésta realice interface a los módulos de Contabilidad, Presupuesto y Cartera. Y se imprime en original y dos copias	Auxiliar administrativo facturación	Factura de venta medicamento
5	Finalizadas las facturas, por el módulo de Gestión Hospitalaria en Digitación, Factura Entidad, Envíos Radicar Factura Entidad, se digita la fecha de la interface que corresponde al mes en el cual se prestó el servicio, la EAPB, y el rango de fechas y de facturas de venta.	Auxiliar administrativo facturación	Factura de venta medicamento
	Una vez establecida la información anterior se deben seleccionar las Facturas de Venta que van a hacer parte del radicado.	Auxiliar administrativo facturación	RD Recaudo diario
	Generado el radicado, se graba con Shift F5, y se imprimen dos copias del oficio	Auxiliar administrativo facturación	Factura de venta medicamento
	Dependiendo la EPS a la que se le haya elaborado la Factura de Venta, se debe realizar el cargue en plataformas según cuadros anexos.	Auxiliar administrativo facturación	Factura de venta medicamento
	Terminado este procedimiento, se entrega al centro documental para radicar y enviar con el mensajero a	Auxiliar administrativo	Factura de venta medicamento

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES FACTURA ENTIDAD.	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	las diferentes EAPB.	facturación	
	Una vez finalizado el procedimiento del centro documental, ingresamos al Software Xenco, Gestión Hospitalaria, Digitación, Factura Entidad, Envíos Radicar Factura Entidad, con Shift F2 buscamos el número de radicado, estando ubicados en este por insertar radicado entidad digitamos el número de radicado y la fecha de recibido. Con esta actividad ya pasa al procedimiento de Cartera.	Auxiliar administrativo facturación	Factura de venta medicamento

**Definiciones:**

**SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud.

**EAPB:** Entidad Administradora de Plan de Beneficios.

**FACTURA:** Es el documento que soporta la venta de servicios al paciente en el momento de la prestación del servicio.

**REGIMEN CONTRIBUTIVO :**Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

**REGIMEN SUBSIDIADO:** Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el estado

**VALIDACION DE DERECHOS:**

**BASE DE DATOS DE ASEGURAMIENTO:** Base de datos provista por las entidades Responsables del pago con las cuales tiene contrato vigente la ESE, en la cual registran los afiliados activos.

**RIPS:** Registro Individual de prestación de servicios

**CUOTA MODERADORA:** Es un aporte en dinero que debe ser pagado por todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) cuando asisten al médico general, especialista, odontólogo o a consulta con un profesional paramédico, cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios.

Riesgos del procedimiento

**COPAGO:** Es un aporte en dinero definido por ley que corresponde a una parte del valor del servicio y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema (Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS).

Los copagos son pagados únicamente por los beneficiarios con base en el ingreso base de cotización de su cotizante, de acuerdo con los rangos establecidos por la ley.

**CUOTA DE RECUPERACION:** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.

La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán un 5% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.

Para la personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo.

**CUC:** Cobro diario de los servicios

**RD:** Recibos de caja usuario

**VH:** Venta hospitalización

**FE:** Factura entidades

**Autorización:** Se entiende por "autorización de servicios" a toda aquella emisión de órdenes para ciertas erogaciones relacionadas con la atención de los programas de salud que administra una institución, y que permiten acceder a una práctica médica.

**CUPS:** CLASIFICACION UNICA EN PROCEDIMIENTOS EN SALUD (**CUPS**) Y REGI. Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan, identificados por un código y descritos por una nomenclatura.

**VFP:** Venta de medicamentos a particulares

**CUMS:** Es un número que se le otorga a los medicamentos por la Subdirección de Registros Sanitarios

**INVIMA:** Es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, es una entidad de vigilancia y control de carácter técnico científico, que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los colombianos, mediante la aplicación de las normas sanitarias asociada al consumo y uso de alimentos.

**CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades

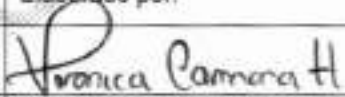
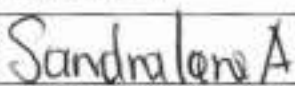
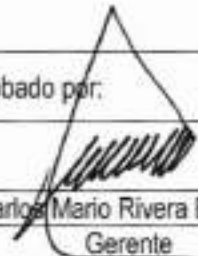
**Riesgos del procedimiento**

Riesgo	Consecuencias	Controles
Errores en la facturación	Fallas relacionadas con la competencia del personal.	Reentrenamiento al personal sobre facturación de servicios de salud.
	Fallas relacionadas con la verificación de las bases de datos de las entidades responsables de pago	Manual tarifario. Normativa sobre Soportes de factura.
	Fallas relacionadas con la identificación redundante	Revisar y actualizar permanentemente la parametrización del sistema en relación a las tarifas, servicios y convenios vigentes.
	Fallas relacionadas con la validación de la información.	Reentrenar la personal en criterios de auditoria técnica a la factura.  Auditoria técnica a la factura contado y factura crédito.

		Auditoria Interna al procedimiento.
Factura crédito que no cumple requisitos de factura de venta	Fallas en el sistema	Verificación de parametrización de reportes del sistema.

Oportunidad en la radicación de las facturas de Venta.  
Cumplimiento de soportes de las facturas.  
Pago efectivo de la factura, sin dar lugar a glosas.

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Veronica Carmona Henao	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar administrativa	Desarrollo organizacional	Gerente

## 1. LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE DISPOSICIONES GENERALES FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO

### 1.1. Disposiciones Generales

Las Disposiciones Generales del presupuesto de ingresos y gastos de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma. Incluye el conjunto de normas que regulan lo relativo a la programación, ejecución y modificación del mismo.

La preparación de las Disposiciones Generales de Presupuesto son competencia del área de presupuesto o quien haga sus veces y se presentan al CODFIS o a su delegado, para su consideración dentro del Proyecto de Acuerdo de Presupuesto, quienes lo ajusta y aprueba dentro de la respectiva resolución aprobatoria del presupuesto.

Las Disposiciones Generales tienen como fin:

- ✓ Darle cumplimiento a los principios presupuestales
- ✓ Evitar incurrir en hechos cumplidos y por ende ahorrarse sanciones
- ✓ Ejecutar correctamente los gastos de acuerdo al origen de los recursos
- ✓ Planear la gestión teniendo en cuenta que el presupuesto debe reflejar las inversiones establecidas en el Plan de Desarrollo para la respectiva vigencia

En las disposiciones generales debe definirse el procedimiento a seguir en el caso que surjan situaciones que constituyen vigencias expiradas. Excepcionalmente, podrían cancelarse aquellos compromisos originados en vigencias fiscales anteriores con cargo al presupuesto de la vigencia siguiente (pago de pasivos exigibles) siempre y cuando los mismos se hayan adquirido con las formalidades legales, contando con el respectivo soporte presupuestal, pero que por razones ajenas a la entidad pública, no se hubiesen podido ejecutar en la vigencia prevista.

Respecto al tema de las vigencias expiradas, la doctrina se ha pronunciado, para lo cual, el doctor Mario Mejía Cardona, tratadista en presupuesto público, en su libro "El Laberinto Fiscal", editado por la Escuela Superior de Administración Pública, Bogotá enero de 2002, páginas 332 y 333, señala:

#### **\*5.3.6 De las vigencias expiradas.**

*La vigencia expirada es el mecanismo mediante el cual se atiende el pago de las obligaciones legalmente contraídas, pero que por diferentes motivos no fue posible atenderlas cumplidamente durante la vigencia respectiva o incluirlas en las reservas presupuestales o las cuentas por pagar y que por no estar sometidas a litigio alguno no se requiere de pronunciamiento judicial para autorizar su pago. Se ésta frente a una dificultad administrativa que no puede implicar el perjuicio de lo*



*terceros en sus relaciones con el Estado. La vigencia expirada no es entonces un mecanismo de legalización de pagos adquiridos ilegalmente.*

*La legalidad de la vigencia expirada guarda estrecha relación con lo dispuesto en la parte pertinente del artículo 71 del estatuto orgánico del presupuesto que dice:*

*"... En consecuencia, ninguna autoridad podrá contraer obligaciones sobre apropiaciones inexistentes o en exceso del saldo disponible, o sin la autorización previa del CONFIS o por quien éste delegue para comprometer vigencias futuras y la adquisición de compromisos con cargo a los recursos del crédito autorizados..."*

*De la misma forma pueden por esta vía atenderse las obligaciones que no estén sujetas a litigio alguno, cuyos derechos estén expresamente consagrados en la ley, que en su creación, por tratarse de eventos imprevistos, no haya participado el ordenador del gasto y que en consecuencia de lo anterior no cumpla los requisitos establecidos en el artículo 71 del Estatuto Orgánico del Presupuesto. Un buen ejemplo de esta situación es el pago de un auxilio por muerte.*

*La vigencia expirada se crea en uso de las facultades de modificación del anexo del decreto de liquidación y debe clasificarse en la sección y concepto del gasto que le dio origen*

## **1.2. ACTIVIDADES PARA FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO**

Para la programación del Proyecto de Presupuesto por parte de cada ESE, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia proporciona lineamientos y formatos.

Para la proyección de ingresos y gastos, la entidad debe tener en cuenta:

- ✓ Plan de Gestión Institucional
- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ Plan de venta y mercadeo de servicios
- ✓ Relación de cuentas por cobrar por cada régimen a la fecha de corte
- ✓ Plan de gastos para la vigencia 2018
- ✓ Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF – cuando aplica
- ✓ Plan de Gestión de Riesgo - PGIR – cuando aplica

### **Presentación del Proyecto a la Junta Directiva - Se genera Acta y Proyecto**

- Este proyecto debe ser analizado detalladamente las proyecciones de ingresos y gastos que presenta la ESE, velando que estén acordes con la capacidad institucional (recursos físicos, recursos humanos, recursos financieros), el portafolio de servicios que se prestan y el plan de desarrollo. Contemplar las proyecciones, plantas de cargos, planes de compra y documentos complementarios

- La Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, desde la Dirección de Recursos Financieros, brinda la asesoría necesaria para la elaboración del ante proyecto de acuerdo de presupuesto antes de que se lleve a trámite de aprobación, de dicha asesoría se levanta acta.
- Los miembros de Junta deberán realizar las observaciones y solicitar al Gerente las modificaciones pertinentes y el Gerente deberá acatarlas y realizar los ajustes correspondientes al proyecto
- El resultado es una Acta de Junta Directiva y el Proyecto de Acuerdo para su trámite ante el CODFIS

#### **Presentación del Proyecto ante CODFIS**

El Gerente de la ESE debe radicar Proyecto de Acuerdo acompañado de las proyecciones y soportes pertinentes.

#### **Estudio y aprobación del proyecto por parte del CODFIS – Genera una Resolución**

El CODFIS realiza el análisis del proyecto de presupuesto con base en los documentos presentados por la Gerencia de la ESE y puede solicitar documentos complementarios si lo considera necesario.

Además, el CODFIS puede citar al Gerente u otro funcionario del área de presupuesto para la presentación o aclaraciones de éste proyecto.

El CODFIS expide una Resolución que aprueba los valores por capítulos para Presupuesto de Ingresos y el Presupuesto de Gastos y las Disposiciones Generales

#### **Liquidación (distribución) del Presupuesto por parte de la Gerencia - Presentación de Proyecto de Acuerdo ante Junta Directiva para su refrendación - Antes del 1 de febrero de cada vigencia**

Una vez el CODFIS aprueba las partidas globales para los capítulos de ingresos y gastos, la responsabilidad de la desagregación del presupuesto de ingresos y gastos, conforme a las cuantías aprobadas, será el Gerente, quien presentará un informe de la desagregación a la Junta Directiva, para observaciones, modificaciones y refrendación mediante resolución o acuerdo, antes de febrero de cada año. Artículo 18 Decreto. 115 de 1996.

**CERTIFICADO DE VIABILIDAD PRESUPUESTAL:** Con el fin de garantizar un mayor grado de eficiencia y eficacia en la gestión contractual, el Hospital, a través del jefe de presupuesto o quien haga sus veces, podrá expedir Certificado de Viabilidad Presupuestal, una vez el presupuesto para la vigencia haya sido aprobado por parte del CODFIS

Este certificado indica que en el presupuesto aprobado para la siguiente vigencia se han establecido apropiaciones presupuestales en un rubro específico y por lo tanto, al iniciarse la siguiente vigencia

pierde validez y deberá reemplazarse por el respectivo Certificado de Disponibilidad Presupuesta - CDP

## 1.2.2 RECOMENDACIONES A TENER PRESENTE DURANTE LA FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS

Para la Disponibilidad inicial: Dado que se han encontrado muchas inconsistencias frente al proceso de estimación y posterior ajuste de estos saldos, se recomienda que no se presupuesten saldos estimados de estos recursos y en su lugar en enero de la siguiente vigencia se incorporen los saldos de acuerdo a la certificación que expida el Contador y los extractos bancarios conciliados, incluyendo el valor liquidado de las cesantías ley 50 causadas. Se debe hacer la conciliación en cada cuenta o fondo especial y registrar su correspondiente saldo tanto en el ingreso como en el gasto de acuerdo a su fuente y uso específico. Así mismo, en enero debe realizarse el reconocimiento y recaudo de estos recursos, puesto que ya están en caja o bancos.

Excepción: se deben presupuestar en la disponibilidad y en el correspondiente rubro del gasto.

- Recursos de proyectos o convenios de destinación específica que están en Caja y Bancos de la ESE porque serán ejecutados en la vigencia
- Recursos en fiducia – se lleva la presupuestado la proporción a ejecutarse en la vigencia

**a) En Fondos comunes y especiales:** Se deben discriminar los recursos de destinación específica por cada proyecto, para que se garantice la aplicación en el gasto de acuerdo a su destinación.

**b) Cesantías Ley 50/1990:** Corresponde a los recursos que están en la cuenta global de cesantías que va a utilizarse para pagar el valor causado de las cesantías de empleados de Ley 50/1990 a diciembre 31 de 2017 y que debe ser acreditado a cada empleado antes del 15 de febrero de 2018.

- Si el saldo en el fondo es mayor al valor de las cesantías causadas, solo lleva a disponibilidad inicial el valor a utilizarse, pero en el gasto contribuciones inherentes a nomina vigencia anterior lleva el valor total de las cesantías causadas de 2017
- Si el saldo en el fondo es menor al valor de las cesantías causadas, lleva disponibilidad inicial el valor que tiene en el fondo y lo restante se cubre con ingresos propios de la ESE, pero en el gasto contribuciones inherentes a nomina vigencia anterior lleva el valor total de las cesantías causadas de 2017

En el primer trimestre, deben hacer los ajustes correspondientes a los saldos, de acuerdo a lo mencionado anteriormente y ante el órgano competente para hacer las modificaciones presupuestales, de acuerdo a las competencias delegadas por el CODFIS en las Disposiciones Generales.

## INGRESOS CORRIENTES

Las Empresas Sociales del Estado de acuerdo a lo establecido por la Ley 1797 de 2016 deben hacer la formulación de presupuesto con base en recaudo real:

**Ley 1797 de 2016 - Artículo 17.** "Presupuestación de Empresas Sociales del Estado. Las Empresas Sociales del Estado elaborarán sus presupuestos anuales con base en el recaudo efectivo realizado en el año inmediatamente anterior al que se elabora el presupuesto actualizado de acuerdo con la inflación de ese año. Lo anterior, sin perjuicio, de los ajustes que procedan al presupuesto de acuerdo con el recaudo real evidenciado en la vigencia que se ejecuta el presupuesto y el reconocimiento del deudor de la cartera, siempre que haya fecha cierta de pago y/o el título que acredite algún derecho sobre recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las instrucciones para lo anterior serán definidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social."

Por lo anterior, se recomienda a cada ESE realizar la proyección teniendo en cuenta los recursos recaudados a un corte determinado del año (31 de octubre), proyectándola al mes de diciembre, actualizándolo con la inflación esperada para la vigencia o las proyecciones del Banco de la República (consulte la página [www.banrep.gov.co](http://www.banrep.gov.co)).

Este cálculo para cada rubro de los ingresos es el que debe registrarse en los ítems de ingresos la vigencia.

Si la entidad se encuentra en Programa de Saneamiento Financiero y Fiscal – PSFF viabilizados o en proceso de viabilizarlos por Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con Plan de Gestión Integral del Riesgo – PGIR de la Superintendencia Nacional de Salud – Super salud, deben elaborar su presupuesto con el escenario financiero presentado y aprobado en los Planes y Programas respectivos. Esto en cumplimiento de lo previsto en el artículo 2.6.5.15 del Decreto 1068 de 2015.

**Programación de presupuesto.** Para efectos de lo dispuesto en el presente título, las Empresas Sociales del Estado elaborarán sus presupuestos anuales con base en el escenario financiero que soporte el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

No se deben presupuestar recursos correspondientes cuentas por cobrar o cartera, por lo cual, se deberán tener en cuenta sólo con fines informativos y para la planeación de estrategias de recaudo, pero no deberán hacer parte del presupuesto de ingresos de la ESE.

Una vez, se dé el recaudo efectivo de los recursos de cartera, corresponden a ingresos de vigencias anteriores, se reconocen y recaudan y podrán ser adicionados al presupuesto de la ESE, de acuerdo a las competencias delegadas por el CODFIS o quien delegue en las Disposiciones Generales

## VENTAS DE SERVICIO DE SALUD

Son los ingresos provenientes de prestación de servicios a los afiliados de los diferentes regímenes y planes de beneficios de la seguridad social en salud contratados con las Empresas Promotoras de Servicios de Salud EPS

También hacen parte de este rubro, los ingresos por prestación de servicios de Urgencias, sin que para ello se necesite la existencia de contrato específico ni general. Estos recursos deben proyectarse con base en el recaudo real ajustado con el porcentaje de inflación esperado.

### Entidad Territorial- Subsidio a la Oferta – población Pobre no asegurada PPNA

Se incluyen en esta clasificación todos los ingresos provenientes de la realización de convenios o contratos de prestación de servicios con la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y/o Municipios para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada – PPNA.

Para la vigencia debe tener en cuenta el manejo dado mediante la suscripción de convenio de voluntades realizado en el año inmediatamente anterior, tanto para recursos corrientes como aportes patronales.

## CONVENIOS

Las ESE pueden suscribir convenios con la Nación, el Departamento, el Municipio u otras entidades públicas o privadas tanto para la prestación de servicios de salud como para ejecución de otras actividades conexas a su objeto social.

Estos convenios no se presupuestan inicialmente, sino que una vez se suscriben se incorporan al presupuesto de la vigencia en curso para su efectiva ejecución mediante el trámite de adición de acuerdo a las competencias asignadas por el CODFIS.

Deben revisar las actividades y obligaciones de cada convenio para determinar si es ligado o no ligado a ventas de servicios de salud y hacer una correcta incorporación de estos recursos. Así mismo, en el gasto deben verificar si corresponde a un proyecto especial o si corresponde a gastos de funcionamiento.

## OTROS INGRESOS CORRIENTES

**Bienestar social:** corresponde a los pagos que estime recibir la empresa por concepto de los préstamos realizados a los empleados se registrarán en ingresos, tanto capital como intereses, en el rubro y cada mes se reconocen y recaudan.

Los recursos correspondientes al porcentaje de nómina, se calculan con las plantillas, en la página de datos generales se registra el porcentaje definido y automáticamente se genera el registro en los gastos (2010200-8)

Se debe reconocer y recaudar mes a mes en ingresos de presupuesto, se debe compensar el mismo valor en el gasto y causar lo correspondiente a salarios, efectuando traslado de cuenta de fondos comunes a la cuenta de bienestar social y conciliar mensualmente. Estos recursos se ejecutan de acuerdo a las necesidades y atendiendo al Programa de Bienestar Social. Ver Decreto 1567 de 1998 Artículos 13 al 40.

Artículo 37º.- Recursos. Las entidades públicas a las cuales se aplica este Decreto - Ley deberán apropiar anualmente, en sus respectivos presupuestos, los recursos necesarios para el efectivo cumplimiento de las obligaciones emanadas de los programas de bienestar social o incentivos que se adopten.

Los recursos presupuestales se ejecutarán de conformidad con los programas y proyectos diseñados. Los programas de bienestar social que autoricen las disposiciones legales incluirán los elementos necesarios para llevarlos a cabo, con excepción de bebidas alcohólicas. Ver Decreto 1227 de 2005, artículos 69 a 85 y el Decreto 4661 de 2005

## **INGRESOS DE CAPITAL**

Son los ingresos que reciben las instituciones provenientes de transacciones diferentes a la prestación de servicios y/o venta de bienes tangibles. Se trata de los ingresos provenientes de empréstitos o créditos obtenidos y pactados con entidades financieras o estatales.

Así mismo, incluye ingresos por rendimientos financieros, venta de activos, donaciones y recuperación de cartera año 2016 y anteriores.

Las devoluciones de recursos de aportes patronales durante el proceso de conciliación de aportes, corresponden a recuperación de cartera 2015 y años anteriores, por lo cual una vez lo recaudan lo adicionan.

### **1.2.3 RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS**

El Presupuesto de gastos comprende: Gastos de funcionamiento, Gastos de operación comercial, Servicio de la deuda y Gastos de inversión

En el Presupuesto de gastos sólo se podrán incluir apropiaciones que correspondan a:

- a) Créditos judicialmente reconocidos;
- b) Gastos decretados conforme a ley anterior;
- c) Las destinadas a dar cumplimiento a los Planes y Programas de Desarrollo Económico y Social y a las obras públicas de que tratan los artículos 339 y 341 de la Constitución Política, que fueren aprobadas por el Congreso Nacional; y

d) Las normas que organizan las empresas.

Los gastos se presupuestan con el sistema base cero analizando cada uno de los rubros que integran el funcionamiento en el componente de servicios personales, gastos generales, transferencias y materiales para la venta de servicios, gastos de operación comercial, servicio de la deuda e inversión.

Se recomienda previamente hacer un análisis presupuestal a la ejecución de la vigencia actual proyectado a diciembre 31, de acuerdo a los comportamientos observados y teniendo presente, si la empresa va a incorporar nuevos servicios o tener crecimiento en ventas, se debe presupuestar por encima de la inflación proyectada, para así dar cumplimiento al principio de la planificación y de coherencia macroeconómica.

Se deben aplicar las normas establecidas en el Decreto 115 de 1996 y las contempladas en el estatuto de presupuesto de la ESE Hospital aprobado por la junta directiva.

Cada gasto que se realice debe estar respaldado por la norma vigente:

- Consta de funcionamiento, comercial e inversión y servicio a la deuda
- Decreto 111 de 1996, donde expresamente las mencione.
- Decreto 115 de 1996
- Decreto 1876 de 1994
- Decreto 1567 de 1998
- Disposiciones varias

En la desagregación del presupuesto, se deberá dar prioridad a los sueldos de personal, prestaciones sociales, servicios públicos, seguros, mantenimiento, sentencias, pensiones y transferencias asociadas a la nómina. Artículo 18 Inciso 1, Decreto. 115 de 1996).

### **GASTOS DE FUNCIONAMIENTO**

Comprende el conjunto de erogaciones necesarias para el normal funcionamiento de la infraestructura requerida para el desarrollo de las actividades propias del objeto social de la entidad.

Los Gastos de Funcionamiento se clasifican de la siguiente manera:

- 1000000 Gastos de personal
- 2000000 Gastos generales
- 3000000 Transferencias corrientes
- 4000000 Gastos de prestación de servicios.

### Gastos de personal

Son los gastos que debe realizar la institución como contraprestación de los servicios que recibe sea por una relación laboral o la contratación de personal para labores específicas o la prestación de servicios profesionales y se clasifican en los siguientes objetos del gasto:

### Gastos de personal de planta

La planta de cargos es el conjunto de empleos requeridos para el cumplimiento de los objetivos y funciones asignadas a una institución, identificados y ordenados jerárquicamente, acorde con un sistema de nomenclatura y clasificación vigente y aplicable a la respectiva institución. La Junta Directiva tienen entre sus funciones, la de aprobar la planta de personal tanto fija como de empleos temporales y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por la autoridad competente (Concejo o Asamblea) con el propósito de contar con una planta de cargos que responda a las necesidades de la prestación del servicio de salud a la comunidad y conforme a un estudio técnico elaborado siguiendo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Por otra parte, los Concejos Municipales y la Asamblea Departamental al fijar las escalas de remuneración deberán sujetarse a los topes máximos salariales fijados anualmente por el Gobierno Nacional para los empleados del nivel territorial, según el artículo 12 de la Ley 4 de 1992 y a los límites establecidos en el artículo 73 de la Ley 617 de 2000.

Es por esto, que la planta de cargos no se aprueba cada año, solamente cuando hay modificaciones (creación o supresión de cargos) y anualmente la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado debe adoptar el incremento salarial definido por el Concejo Municipal o la Asamblea Departamental por medio de un Acuerdo en el cual fija las asignaciones básicas para cada cargo.

Así, que al formular el proyecto de presupuesto, se realiza una proyección de los gastos de personal de planta fija y temporal que se requieren para la siguiente vigencia, con base en el IPC esperado, pero el porcentaje de incremento con el cual se realiza dicho cálculo, no es el porcentaje a incrementar en la siguiente vigencia.

#### Véase

- Ley 909 de 2004 y decretos reglamentarios y Decreto 1876 de 2014 art. 11, compilado en el Decreto 780 de 2016.
- Guía metodológica del DAFP Guía rediseño institucional para entidades públicas en el orden territorial
- Guía metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública para Empleos Temporales en las Empresas Sociales del Estado E.S.E. Versión 3-2016.



- Circular Conjunta N° 100-003 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de la función Pública - Competencias para establecer la escala salarial de las ESE de orden territorial

#### **Servicios personales asociados a nomina**

Este objeto de gasto comprende la remuneración por concepto de sueldos y demás factores salariales legalmente establecidos, de los servidores públicos vinculados a la planta de personal, sean empleados públicos o trabajadores oficiales

Para la proyección de los salarios, seguridad social, prestaciones sociales, aportes patronales y parafiscales se sugiere trabajar con un incremento de acuerdo con la inflación esperada o las proyecciones del Banco de la República

Para otras Primas: como Prima técnica, bonificación por recreación, subsidio de transporte, subsidio de alimentación, para presupuestar y pagar se sugiere concepto del asesor jurídico que cada ESE. ( Fundamentado en decretos 1335 de 1999, decreto 451 de 1984, decreto 1258/59, circular 013 DAFP, decreto 1919/2002, cartilla régimen de prestaciones sociales para empleados públicos y trabajadores oficiales DAFP, Ley 4 de 1992, decreto 627/2007).

#### **Contribuciones inherentes a la nómina del sector privado, sector publico**

Corresponde a las contribuciones legales que debe hacer la entidad como empleadora y que tienen como base la nómina del personal de planta. Por este ordinal se presupuesta los aportes para cesantías, cotizaciones para pensiones, salud y las contribuciones para las Cajas de Compensación, SENA; ICBF, así como las administradoras de riesgos laborales

#### **Servicios personales indirectos**

Son gastos destinados a atender la contratación de personas naturales y jurídicas para que presten servicios calificados o profesionales, cuando no puedan ser desarrollados con personal de planta. Así mismo, incluye la remuneración del personal que se vincule en forma ocasional, para desarrollar actividades netamente temporales o para suplir a los servidores públicos en caso de licencias o vacaciones.

#### **Honorarios de Junta Directiva**

Para ESE Hospitales del primer nivel según Ley 1438 de 2011, artículo 70, solamente se tienen en la junta directiva dos (2) miembro que no es servidor público y corresponde al representante de la asociación de usuarios

Artículo 8 del Decreto 1876 de 1994: PARAGRAFO. La entidad territorial respectiva, a la cual esté adscrita la Empresa Social del Estado, fijará los honorarios por asistencia a cada sesión de la Junta Directiva, para los **miembros de la misma que no sean servidores públicos**. En ningún caso

dichos honorarios podrán ser superiores a medio salario mínimo por sesión, sin perjuicio de reconocer en cuenta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes a que haya lugar.

En la plantilla, se debe registrar el valor que cada institución tiene establecido con respecto a honorarios por sesión.

### **Gastos Generales**

Son los gastos relacionados con la adquisición de bienes y servicios necesarios para que la entidad cumpla con las funciones legalmente asignadas y con el pago de los impuestos y multas a que estén sometidos legalmente. Para su determinación se recomienda aplicar las medidas conducentes a la racionalización del gasto. Esta cuenta se clasifica así:

- ¶ Adquisición de Bienes
- ¶ Adquisición de Servicios
- ¶ Impuestos y Multas

### **Adquisición de Bienes:**

Corresponde a la compra de bienes muebles duraderos y de consumo destinados a apoyar el desarrollo de las funciones de la entidad, tales como: gastos de operación, compra de equipos, materiales, mantenimiento (adquisición de bienes tendientes a la reposición, conservación y reparación), papelería, útiles de oficina, cafetería, aseo, gasolina y dotación para las oficinas y para los empleados

### **Adquisición de Servicios:**

Comprende la contratación y el pago a personas jurídicas y naturales por la prestación de un servicio que complementa el desarrollo de las funciones de la entidad y permiten mantener y proteger los bienes que son de su propiedad o están a su cargo, así como los pagos por concepto de tasas, impuesto sobre la renta y demás tributos a que estén sujetas las entidades.

Adicionalmente comprende el pago de arrendamientos (alquiler de bienes muebles e inmuebles para el adecuado funcionamiento de los organismos de la entidad), servicios públicos, seguros, impresos y publicaciones, comunicaciones y transporte, viáticos y gastos de viaje, capacitación, bienestar social, y vigilancia y aseo, entre otros

### **Mantenimiento hospitalario**

De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos.

Para la apropiación de estos gastos, se toma como base el presupuesto inicial, y deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento.

Adquisición de bienes: Este objeto de gasto considera el gasto programado para la adquisición de bienes tendientes a la reposición, conservación y reparación de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

Adquisición de servicios: Este objeto de gasto considera el costo de lo programado para el pago de mano de obra tendiente a la conservación, reparación de la infraestructura y la dotación hospitalaria además de los equipos de cómputo y administrativos de la ESE

### **Gastos financieros**

Presupuestar el 4 por mil en gastos financieros del componente de gastos generales administrativos. las ESE por norma tributaria están exentos del 50 %, de este concepto quien no tenga este beneficio debe persistir ante el banco correspondiente y dejar todas las constancias para justificar ante la contraloría que no ha sido negligencia ni omisión por parte de la ESE y así evitarse un proceso disciplinario o fiscal..

### **Transferencias:**

Son recursos que se transfieren a otras instituciones públicas o privadas, con fundamento en un mandato legal. Se clasifican en::

- Transferencias sector público
- Transferencias, previsión y seguridad social
- Otras transferencias

### **GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Comprende el conjunto de erogaciones necesarias para el normal desarrollo de las actividades comerciales realizadas por la entidad. Dentro de estos tenemos:

- Gastos de Comercialización: Compra de Bienes para la venta (productos Farmacéuticos).
- Gastos de Prestación de Servicios: Compra de Bienes para la Prestación de servicios (Material de Médico quirúrgico, de laboratorio, de odontología, etc.

### **GASTOS DE SERVICIO A LA DEUDA**

Comprende el conjunto de erogaciones necesarias para el pago de las obligaciones adquiridas, tanto internas como externas, en lo correspondiente a la amortización de la deuda como al pago de los intereses y otros gastos financieros

### **GASTOS DE INVERSIÓN:**

### **Formación Bruta de Capital.**

Son programas constituidos por las apropiaciones destinadas a actividades para cumplir con las metas fijadas por la entidad, a través de la integración de esfuerzos con recursos humanos, materiales y financieros asignados. La característica fundamental de este gasto debe ser que su asignación permita acrecentar la capacidad de producción y productividad en el campo de la estructura física, económica y social.

### **Gastos Operativos de Inversión (Programas Especiales).**

Comprende las partidas destinadas a financiar programas especiales en desarrollo de una política nacional o sectorial específica.

Se incluyen programas de Salud Pública y otros programas especiales. Los programas deben estar incluidos en el Plan de Desarrollo Institucional

## **2. COMPOSICIÓN DEL PRESUPUESTO Y DISPOSICIONES GENERALES**

El presupuesto, es un plan integrado y coordinado, que se expresa en términos financieros, respecto a las operaciones y recursos que forman parte de una ESE para un periodo determinado, con el fin de lograr los objetivos del Plan de Desarrollo y Plan Operativo de la vigencia.

Para los efectos presupuestales a las Empresas Sociales del Estado corresponden las normas básicas que rigen los procesos de programación, ejecución y control en materia presupuestal para todo el país y que se encuentran en la Ley 344 de Diciembre 27 de 1996, los Decretos-Ley 111 y el 115 de enero de 1996 y del Estatuto Orgánico de Presupuesto se aplican las normas que expresamente hagan referencia a las Empresas Industriales y comerciales del Estado.

**El presupuesto de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, se compone de las siguientes partes:**

**Presupuesto de Ingresos**, que contiene la disponibilidad inicial, la estimación de ingresos corrientes que se esperan recaudar durante la vigencia fiscal y los recursos de capital. La Empresa Social del Estado Hospital Carisma, debe formular el presupuesto de acuerdo a lo establecido por la Ley 1797 de 2017, realizando la proyección de los ingresos con base en el recaudo efectivo realizado en la vigencia, y proyección con la inflación esperada para la siguiente vigencia.

**Presupuesto de Gastos**, incluye las apropiaciones para gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial, servicio de deuda y gastos de inversión. En el presupuesto de gastos sólo se podrán incluir apropiaciones que correspondan a créditos judicialmente reconocidos, gastos destinados a dar cumplimiento a los planes y Programas de Desarrollo Económico y Social y a las obras públicas de que tratan los artículos 339 y 341 de la Constitución Política, que fueron aprobados por el congreso Nacional y las normas que organizan las empresas.

**Disposiciones Generales:** Corresponde a las normas tendientes a asegurar correctamente la ejecución del presupuesto de Ingresos de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, los cuales regirán para el periodo o año fiscal que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cada año.

**Modificaciones al Presupuesto de Ingresos y Gastos.** Para las modificaciones se tendrá en cuenta lo estipulado en el Decreto 115 de 1996.

- a) Las adiciones, traslados o reducciones requerirán del certificado de disponibilidad presupuestal que garantice la existencia de los recursos, expedido por el jefe de presupuesto o quien haga sus veces. Adicionalmente, cuando se vayan a incorporar recursos por mayor valor recaudado, se requerirá de la certificación expedida por el Contador (a) de la ESE Hospital indicando los saldos disponible en caja.
- b) Las adiciones, traslados o reducciones que modifiquen el valor total de los capítulos, a saber: Gastos de Funcionamiento, Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios, Servicio de la deuda y Gastos de Inversión; serán aprobados por el CODFIS o su delegado, mediante acto Administrativo..
- c) Los traslados internos dentro de cada capítulo podrán ser realizados por el Gerente mediante Resolución, y se informará a la Junta Directiva en la reunión subsiguiente, para su refrendación.
- d) El CODFIS y la Oficina de Planeación Departamental podrán solicitar la información que se requiere para su estudio y evaluación.

**De la ejecución del presupuesto de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma:**

- a) Todos los actos administrativos que afecten las apropiaciones presupuestales deberán contar con los certificados de disponibilidad previos que garanticen la existencia de apropiación suficiente para atender estos gastos. Igualmente estos compromisos deberán contar con registro e indicar claramente el valor y el plazo de vencimiento de las prestaciones a las que haya lugar. Esta operación es un requisito de perfeccionamiento de estos actos administrativos. El plazo de vencimiento para las disponibilidades el de la vigencia.
- b) No se podrán contraer obligaciones sobre apropiaciones inexistentes, o en exceso del saldo disponible, o sin la autorización del CODFIS o su delegado para comprometer vigencias futuras
- c) Cualquier compromiso que se adquiera con violación a las disposiciones contempladas, creará responsabilidad personal y pecuniaria a cargo de quien asuma estas obligaciones (Ley 38 de 1989, artículo 86; Ley 179 de 1994, artículo 49 y Ley 734 de 2002).
- d) La ejecución del Presupuesto se ejecutará a través del presupuesto de caja. La elaboración del Flujo de la Caja, tendrá como propósito la identificación de la disponibilidad de los recursos y por

lo tanto la programación de los gastos de la empresa. Para la elaboración del Flujo de la Caja se tendrá en cuenta en los ingresos las fechas pactadas en los contratos. Para los ingresos que no dependan de fechas pactadas o que su recaudo no cuente con una periodicidad definida, se realizará estimaciones sobre su comportamiento probable.

La ejecución del presupuesto se ceñirá a las normas fijadas por la Ley 344 de 1996, Decretos 111 y 115 de 1996 y normas complementarias sobre la materia, y en especial las que tienen que ver con las Empresas Industriales y Comerciales del Estado.

Para la programación del presupuesto de ingresos y gastos, la entidad considerará las directrices para la estimación de los rubros y apropiaciones que se definen a continuación:

## 1 INGRESOS

### 10 DISPONIBILIDAD INICIAL:

Se presupuesta con los estimativos que se esperan queden en caja y bancos e inversiones a diciembre 31 de cada vigencia y en Enero de la siguiente vigencia deben ajustarse al saldo real mediante acto administrativo, con base en la certificación que expida el Contador y los extractos bancarios conciliados. Así mismo, en enero debe realizarse el reconocimiento y recaudo de estos recursos.

Está compuesta por los siguientes conceptos:

**1001 Bienestar Social:** Corresponde a los recursos existentes Caja, Bancos, Inversiones Temporales a Diciembre 31 de 2017, de acuerdo al Decreto 1567 de 1998 Capítulos 2 y 3, Decreto 1567 de 1998. Artículo 37 y al Decreto 1227 de 2005, Capítulo 2.

#### 1002 Fondo de Vivienda

Corresponde a los recursos existentes en Caja, Bancos, Inversiones Temporales a Diciembre 31 de 2017, de acuerdo al Decreto 1227 de 2005, Artículos 70 (numeral 70.5) y 72.

#### 1003 Fondos Comunes y Especiales

Corresponde a los recursos existentes en Caja, Bancos, Inversiones Temporales a Diciembre 31 de 2017.

#### 1004 Cesantías ley 50/90 a diciembre de 2017.

Corresponde a los recursos disponibles en fondo de cesantías para cubrir el valor causado de las cesantías de empleados de Ley 50/1990 a diciembre 31 de 2017 y que debe ser acreditado en el respectivo fondo de cesantías antes del 15 de febrero de 2018.

## 11 INGRESOS CORRIENTES

Son los ingresos que la Empresa recibe ordinariamente en función de la prestación de los servicios de salud y aquellos que por disposiciones legales le hayan sido asignados. Se clasifican en Venta de Servicios, Venta de Otros Bienes y Servicios y Aportes no Ligados a la Venta de Servicios de Salud.

### 113 VENTA DE SERVICIOS

Son los recursos generados por la institución en desarrollo de las actividades propias de su objeto social y están directamente relacionados con la venta de los servicios de salud a los usuarios tanto de los regímenes contributivo y subsidiado, contratados por las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado, como de los demás usuarios de los servicios de salud.

En este grupo se deben desagregar los recursos de vigencias anteriores por régimen, separados de los de la vigencia actual, los cuales se presupuestarán en caso de existir certeza de cobro por parte de la E.S.E. y siempre y cuando no tengan más de 360 días de vencimiento.

#### 11301 Venta de Servicios de Salud

##### 1130101 EPS - Régimen Contributivo

Se incluyen todos los ingresos provenientes de prestación de servicios a afiliados al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, contratados con las E.P.S.

También hacen parte de este rubro, los ingresos por prestación de servicios de Urgencias a los afiliados al régimen contributivo, sin que para ello se necesite la existencia de contrato específico ni general.

Se incluirán, en los casos en los que se haya contratado con las E.P.S. su reconocimiento en favor de la E.S.E., los ingresos provenientes de Cuotas Moderadoras y Copagos.

##### 1130102 EPS – Régimen Subsidiado

Son los ingresos provenientes de prestación de servicios a los afiliados al régimen subsidiado de la seguridad social en salud contratados con las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Hacen parte de este rubro los ingresos provenientes de la prestación de servicios de urgencias a los afiliados al régimen subsidiado, sin que para ello se necesite la existencia de contrato específico ni general con las E.P.S.S.

Se incluirán, en los casos en los que se haya contratado con las E.P.S.S. su reconocimiento en favor de la E.S.E., los ingresos provenientes de los Copagos.

**1130103 Entidad Territorial- Subsidio a la Oferta – Atención a Vinculados**

Se incluyen en esta clasificación todos los ingresos provenientes de la realización de convenios o contratos de prestación de servicios con la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y / o Municipio para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada - PPNA

En el convenio que celebre para atender a la población pobre identificada no amparada por los regímenes contributivos ni subsidiados, deberá incluirse en su financiación la Participación para Salud del S.G.P. Aporte Patronal asignada para la vigencia fiscal 2018.

**1130104 Entidad Territorial - Subsidio a la Oferta – Actividades NO POS-S**

Se incluyen en esta clasificación todos los ingresos provenientes de la prestación de servicios a los afiliados al régimen subsidiado - actividades no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, concertados con las respectivas direcciones de salud.

**1130106 Entidad Territorial – Salud Pública**

Se incluyen en esta clasificación todos los ingresos provenientes de la ejecución de las acciones de Prevención de la Enfermedad y Fomento de la Salud, contratados con la respectiva entidad territorial o con la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia con recursos de Salud Pública del S.G.P. y las Acciones de Prevención y promoción que se contraten con el Municipio con los recursos del Régimen Subsidiado o con Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

**1130107 Minsalud - Fosyga - Reclamaciones - ECAT**

Se incluyen en esta clasificación todos los ingresos provenientes de la prestación de servicios producto de reclamaciones de conformidad con lo expresado en los artículos 167 y 168 de la Ley 100 de 1993.

**1130108 Minsalud - Fosyga - Trauma Mayor y Desplazados**

Se incluyen en esta clasificación todos los ingresos provenientes de la prestación de servicios de actividades de trauma mayor y desplazados contratados con el Ministerio de Salud.

**1130109 EPS- Planes Complementarios**

Se incluyen todos los ingresos provenientes de prestación de servicios a afiliados al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, contratados con las Empresas Promotoras de Salud por concepto de planes complementarios de salud.

**1130110 Empresas de Medicina Prepagada**

Se incluyen todos los ingresos provenientes de prestación de servicios a afiliados a Empresas de Medicina Prepagada, previo contrato con las mismas.

**1130111 IPS Privadas**

Se incluyen los ingresos correspondientes a las contrataciones o convenios realizados por la institución con otras instituciones de carácter privado. Prestadoras de servicios de salud.



#### **1130112 IPS Públicas**

Se incluyen los ingresos correspondientes a las contrataciones o convenios realizados por la institución con otras instituciones de carácter público, prestadoras de servicios de salud.

#### **1130113 Compañías de Seguros- Accidentes de Tránsito**

Incluye los ingresos provenientes de servicios prestados a personas víctimas de accidentes de tránsito cuyos vehículos estén cubiertos por una Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (S.O.A.T.)

#### **1130114 Compañías de Seguros- Planes de Salud**

Se incluyen todos los ingresos provenientes de prestación de servicios a los afiliados a un Plan Específico de Salud, previo contrato con Compañías de Seguros.

#### **1130115 Entidades de Régimen Especial**

Se incluyen todos los ingresos provenientes de prestación de servicios a entidades que tienen un régimen especial de salud tales como Magisterio, las Fuerzas Armadas, Ecopetrol entre otros, previo contrato con las mismas.

#### **1130116 Administradoras de Riesgos Profesionales**

Se incluyen todos los ingresos provenientes de la prestación de servicios a afiliados a las Administradoras de Riesgos Profesionales.

#### **1130117 "Usuarios Vinculados" – Cuotas de Recuperación**

Corresponde a los ingresos provenientes directamente de las personas sin capacidad de pago identificadas, no afiliadas a la seguridad social en salud, es decir de los vinculados al sistema, de acuerdo con los porcentajes legalmente establecidos.

#### **1130118 Particulares**

En esta clasificación se incluyen los ingresos provenientes de personas no afiliadas a ninguno de los regímenes de la seguridad social, y que tienen capacidad de pago. Se trata de las personas que pagan las tarifas plenas por la prestación de servicios de salud.

#### **11302 Otras Venta de Servicios**

#### **1130203, 1130204, 1130205, 1130206 - Convenios con la Nación, Departamento, Municipio, Otros Convenios Ligados a la Venta de Servicios de Salud**

Comprende los recursos provenientes de la contratación de las actividades correspondientes a los programas que desarrolla el Ministerio de Salud a través de la Dirección Seccional o Local de Salud, o directamente provenientes de otros recursos administrados por la Entidad Territorial.

#### **11303 Aportes (no ligados a la venta de servicios de salud)**

Comprende los recursos provenientes de la Nación, Departamentos, Municipios y convenios (Empréstitos) que no son prestación de servicios de salud.

#### **11304 Otros ingresos corrientes**

##### **1130401 Arrendamiento o alquiler de bienes muebles e inmuebles**

Ingresos por concepto de arrendamiento de bienes muebles o inmuebles de propiedad de la E.S.E.

##### **1130402 Comercialización de mercancías**

Corresponde a los dineros recaudados por concepto de venta y comercialización de medicamentos y otros materiales directamente a usuarios particulares.

##### **130403- Bienestar Social**

##### **130404- Fondo de Vivienda**

Comprende los ingresos por recuperación de créditos a empleados en los conceptos de Bienestar Social y Fondo de la Vivienda

##### **130405- Aprovechamientos**

Se llevarán los ingresos por fotocopias, servicio de fax, material reciclable, certificados, y otros ingresos que no corresponden a la razón de ser de la empresa. Así mismo, se incorporan los ingresos obtenidos por las incapacidades reconocidas por las E.P.S en la cual se encuentran afiliados los empleados y las indemnizaciones pagadas por las aseguradoras por siniestros.

#### **2000 INGRESOS DE CAPITAL**

Son los ingresos provenientes de los recursos del crédito; rendimientos financieros, donaciones, recuperación de cartera con más de 720 días de vencimiento, venta de activos (muebles e inmuebles) y otros ingresos de capital (Descuento por pronto pago).

##### **2100 Crédito Interno**

Se trata de los ingresos provenientes de empréstitos o créditos obtenidos y pactados con entidades financieras o estatales como el IDEA, Findeter, etc.

##### **2200 Crédito Externo**

Se trata de los ingresos provenientes de empréstitos o créditos obtenidos y pactados con entidades financieras o estatales como el IDEA, Findeter, etc.

##### **2300 Rendimientos financieros**

Son los ingresos correspondientes a los rendimientos reconocidos por los bancos y entidades financieras en razón de los depósitos, ahorros dineros o inversiones en ellas consignados.

#### **2400 Venta de Activos**

Son los ingresos generados por la utilidad en la venta de activos de propiedad de la entidad. Este rubro debe diligenciarse solo en aquellos casos en que exista evidencia de que efectivamente se realizará la venta. En todo caso, la ejecución de los gastos financiados con estos recursos quedará sujeta a la realización de la operación de venta.

#### **2500 Donaciones**

Corresponde a los recursos otorgados en calidad de donación por personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales e internacionales, destinadas al fin estipulado en el contrato de donación.

#### **2600 Recuperación de Cartera**

Comprende los ingresos provenientes del recaudo de las cuentas por cobrar que tiene la entidad, cuyo vencimiento es mayor de un año (cartera morosa), no incluye vigencia anterior.

#### **2700 Otros Recursos de Capital**

Son los demás recursos de capital que no son imputables a ninguno de los anteriores, en los cuales se incluirán los descuentos por pronto pago.

**INGRESO DE VIGENCIAS ANTERIORES:** No se presupuestan recursos correspondientes a vigencias anteriores o cuentas por cobrar. En la vigencia 2018, una vez, se dé el recaudo efectivo de los recursos de cartera se reconocen y recaudan y podrán ser adicionados al presupuesto de la ESE.

Cuentas y descripciones del presupuesto de Gastos. La desagregación de los gastos se encuentra clasificada en las cuentas, subcuentas, clasificadores contables y objetos del gasto, así:

### **A. GASTOS DE FUNCIONAMIENTO**

Son aquellos que tienen por objeto atender las necesidades de las instituciones para cumplir a cabalidad con las funciones propias de su objeto social.

El presupuesto de funcionamiento se clasifica en Cuatro Cuentas que son:

- Gastos de Personal
- Gastos Generales
- Gastos de Prestación de Servicios
- Transferencias Corrientes

#### **1000000 GASTOS DE PERSONAL**

Corresponde a los gastos en que incurre la empresa para proveer los cargos definidos en la planta de personal, así como la contratación de personal para labores específicas o la prestación de servicios profesionales.

Los gastos de personal están clasificados por Gastos de Administración y Gastos de Operación.

#### **1010000 Los Gastos de Administración**

Corresponden a los gastos de personal en que incurre la empresa, relacionados con sus Áreas Funcionales de Dirección Corporativa y de Apoyo Logístico, tales como la Junta Directiva, el Despacho de la Gerencia, los asesores en Planeación, Jurídica, Control Interno, Contabilidad y en general todos los miembros del área Administrativa.

#### **1020000 Los Gastos de Operación**

Corresponden a los gastos de personal en que incurre la Empresa en su Área Funcional de Atención al Usuario, en desarrollo de su operación básica u objeto social o económico, y por tanto en cada uno de los servicios que presta.

Esta diferenciación en el caso de las E.S.E. es de la mayor importancia, puesto que permite establecer el peso económico de los servicios personales directamente atribuibles a la prestación de servicios de salud, y los atribuibles a la administración y el apoyo a la atención al usuario.

Los gastos de personal (indistintamente si son administrativos u operativos) se clasifican en los siguientes objetos del gasto

#### **1010100 Y 1020110 SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA**

Comprende la remuneración por concepto de sueldos y demás factores salariales legalmente establecidos, de los servidores públicos vinculados a la planta de personal sean empleados públicos o trabajadores oficiales. Se descomponen en:

##### **1010101 y 1020111 Sueldos personal de nómina**

Comprende el pago de las remuneraciones básicas a los servidores públicos. Por este ordinal se debe presupuestar el valor del plan de cargos aprobado con el incremento salarial previsto para la correspondiente vigencia, el cual deberá ser aprobado tomando como base los lineamientos que fije el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES cada año, mediante el documento que para tal efecto se expida.

En ningún caso será competencia de la Junta Directiva establecer el porcentaje de incremento salarial aplicable a los empleados de la E.S.E.

##### **1010102 y 1020112 Horas Extras, dominicales, festivos y recargos nocturnos**

Remuneración al trabajo realizado en horas adicionales a la jornada ordinaria diurna o nocturna o en días dominicales y festivos. Reconocimiento. Su reconocimiento y pago están sujetos a las limitaciones establecidas en las disposiciones legales vigentes.

#### **1010104 y 1020104 Otros**

Este ordinal comprende los gastos por Servicios Personales Asociados a la Nómina, que no se encuentran bajo las denominaciones anteriores. Estos conceptos deben corresponder a lo estrictamente autorizado por la Ley.

Por este concepto se deben programar los gastos generados por los siguientes conceptos:

- Prima de Navidad
- Prima Vida Cara
- Prima de Vacaciones
- Prima de Servicios
- Bonificación por Servicios Prestados (Convencional)
- Auxilio de Transporte
- Subsidio de Alimentación
- Gastos de Representación
- Indemnizaciones por Vacaciones o Supresión de Cargos por Reestructuración
- Bonificación Especial por Recreación

#### **1010199 y 1020199 Vigencias Anteriores**

Por este rubro se deben presupuestar las cuentas por pagar por concepto de Servicios Personales Asociados a la Nómina de las vigencias anteriores derivadas de compromisos y órdenes de pago pendientes a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior y que se pagarán con cargo al presupuesto de la vigencia actual.

#### **1010200 Y 1020200 SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS**

Son gastos destinados a atender la contratación de personas jurídicas y naturales para que presten servicios calificados o profesionales, cuando no puedan ser desarrollados con personal de planta. Así mismo, incluye la remuneración del personal que se vincule en forma ocasional, para desarrollar actividades netamente temporales o para suplir a los servidores públicos en caso de licencias o vacaciones; dicha remuneración cubrirá las prestaciones sociales a que tenga derecho, así como las contribuciones a que haya lugar.

Este objeto del gasto comprende las erogaciones por personal supernumerario no incluido en la planta de cargos, honorarios, remuneración por servicios técnicos y jornales. De acuerdo con lo anterior, existe la posibilidad que la E.S.E. subcontrate algunos servicios que no esté en capacidad de prestar, o sobre los cuales resulte más rentable su contratación desde el punto de vista económico y social que su prestación directa.

#### **1010200-1 y 1020200-1 Remuneración por Servicios Técnicos y Profesionales**

Pago por servicios calificados a personas naturales o jurídicas que se prestan en forma continua para asuntos propios de la institución, los cuales no pueden ser atendidos con personal de planta o que se requieran conocimientos especializados y están sujetos al régimen contractual vigente. También incluye la remuneración al personal ocasional que la Ley autorice vincular para suplir a los

servidores públicos en caso de licencias, vacaciones o para desarrollar actividades netamente transitorias que no puedan atenderse con personal de planta.

**1010200-2 y 1020200-2 Personal Supernumerario**

Remuneración al personal ocasional que la Ley autorice vincular para suplir a los servidores públicos en caso de licencias, vacaciones o para desarrollar actividades netamente transitorias que no puedan atenderse con personal de planta. Por este rubro se pagarán las prestaciones sociales y las transferencias a que legalmente tengan derecho los supernumerarios. En ningún caso la vinculación de este personal excederá el término de tres (3) meses, salvo autorización de acuerdo con las normas legales. Se debe anexar la relación de los cargos y la asignación mensual.

**1010200-3 Honorarios de la Junta Directiva**

Por este rubro se podrá pagar los honorarios de los miembros de la Juntas Directiva, los cuales se encuentran previamente establecidos en el estatuto de la empresa y en el reglamento de la misma.

**1010200-4 y 1020200-4 Otros Honorarios (Servicios de Cooperativa)**

Por este rubro se deberán cubrir conforme a los reglamentos, los estipendios a los servidores profesionales, prestados en forma transitoria y esporádica por personas naturales o jurídicas, para desarrollar actividades relacionadas con la atención de los negocios o el cumplimiento de las funciones a cargo de la entidad contratante, cuando las mismas no puedan cumplirse con personal de planta.

**1010200-6 Certificación para Habilitación y Acreditación**

Por este rubro se podrán pagar todo los gastos que la Institución incurra en el proceso de Habilitación y Acreditación.

**1010299 y 1020299 Vigencias Anteriores**

Por este rubro se deben presupuestar las cuentas por pagar de Servicios Personales Indirectos de las vigencias anteriores derivadas de compromisos y órdenes de pago pendientes a 31 de diciembre de la vigencia anterior y que se pagarán con cargo al presupuesto de la vigencia actual.

**1010300 y 1020300 Contribuciones inherentes a la nómina sector privado**

Corresponde a las contribuciones legales que debe hacer la entidad como empleadora y que tienen como base la nómina del personal de planta, destinadas a entidades del sector privado, tales como:

**1010301 y 1020301 S.G.P - Aportes Patronales – cuentas maestras**

Incluye aquellas contribuciones que se realizan con recursos que la E.S.E. recibe del S.G.P. para aportes patronales y cubrir transferencias a fondos de salud, pensión, cesantías y riesgos profesionales, de acuerdo a la distribución del Documento CONPES.

**1010301-1 y 1020301-1 Aportes a EPS (Salud)**

Comprende el valor de las cotizaciones para salud a causarse en el año, que debe pagar la institución en su carácter de empleador, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente, financiados con los recursos del S.G.P - Aportes Patronales.

#### **1010301-2 y 1020301-2 Aportes Fondos Pensionales**

Comprende el valor del aporte patronal a fondos de pensiones a causarse en el año, que debe pagar la institución en su carácter de empleador, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente, financiados con los recursos del S.G.P. - Aportes Patronales.

#### **1010301-3 y 1020301-3 Aportes a fondos de cesantías**

Comprende el valor de las cesantías a causarse en el año, que debe pagar la institución en su carácter de empleador, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente, financiados con los recursos del S.G.P. - Aportes Patronales.

#### **1010301-4 y 1020301-4 Aportes patronal riesgos profesionales**

Comprende el valor de las cotizaciones para las Administradoras de Riesgos Profesionales a causarse en el año, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente, financiados con los recursos del S.G.P. - Aportes Patronales.

#### **1010302 y 1020302 Con situación de fondos**

Corresponde a las contribuciones no cubiertas por el S.G.P. para aportes patronales sin situación de fondos, es decir, que se cubren con recursos propios de la entidad.

#### **1010302-1 y 1020302-1 Aportes a EPS (Salud)**

Por este ordinal se presupuesta la diferencia que resulte, entre el valor liquidado para el año por concepto de las cotizaciones para salud que no se alcance a financiar con S.G.P. -aportes patronales más el que se genere por efectos de los faltantes que se pudieran registrar en el cruce de cuentas.

#### **1010302-2 Y 1020302-2 Aportes fondos pensionales**

Por este ordinal se presupuesta la diferencia que resulte, entre el valor liquidado para el año por concepto del aporte patronal a fondos de pensiones que no se alcance a financiar con S.G.P. - aportes patronales más el que se genere por efectos de los faltantes que se pudieran registrar en el cruce de cuentas.

#### **1010302-3 Y 1020302-3 Aportes fondos de cesantías**

Por este ordinal se presupuesta la diferencia que resulte, entre el valor liquidado para el por concepto de cesantías que no se alcance a financiar con S.G.P. -aportes patronales más el que se genere por efectos de los faltantes que se pudieran registrar en el cruce de cuentas.

#### **1010302-4 Y 1020302-4 Aporte patronal Riesgos Laborales (ARL)**

Por este ordinal debe presupuestarse la diferencia que resulte, entre el valor liquidado por concepto de Riesgos Profesionales y Accidentes de Trabajo que no se alcance a financiar con S.G.P. - aportes patronales más el que se genere por efectos de los faltantes que se pudieran registrar en el cruce de cuentas.

#### **1010302-5 y 1020302-5 Cajas de Compensación Familiar**

Comprende el valor de las Cotizaciones para Cajas de Compensación a causarse en el año, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente. (4% de los pagos constitutivos de salario).

**1010399 y 1020399 Vigencias Anteriores**

Por este rubro se presupuestan las cuentas por pagar por concepto de Contribuciones inherentes a la Nómina Sector Privado de las vigencias anteriores derivadas de compromisos y órdenes de pago pendientes a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior y que se pagarán con cargo al presupuesto de la vigencia actual.

**1010400 y 1020400 Contribuciones inherentes a la nómina sector público**

Corresponde a las contribuciones legales que debe hacer el ente empleador, que tienen como base la nómina del personal de planta, destinadas a entidades del sector público.

**1010402-1 y 1020402-1 Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA**

Comprende el valor de las Cotizaciones para el Instituto Servicio Nacional de Aprendizaje a causarse en el año, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente. (2% de los pagos constitutivos de salario)

**1010402-2 y 1020402-2 Instituto Colombiano de bienestar Familiar ICBF**

Comprende el valor de las Cotizaciones para el Instituto de Bienestar Familiar a causarse en el año, liquidados de acuerdo con la normatividad vigente. (3% de los pagos constitutivos de salario).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 344 de 1996, "... los acuerdos entre empleadores y trabajadores sobre los pagos que no constituyen salario y los pagos por auxilio de transporte no hacen parte de la base para liquidar los aportes con destino al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, Escuela Superior de Administración Pública, ESAP, régimen del subsidio familiar y contribuciones a la seguridad social establecidas por la Ley 100 de 1993.

**1010499 y 1020499 Vigencias Anteriores**

Por este rubro se presupuestan las cuentas por pagar por concepto de Contribuciones inherentes a la Nómina Sector Público de las vigencias anteriores derivadas de compromisos y órdenes de pago pendientes a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior y que se pagarán con cargo al presupuesto de la correspondiente vigencia.

**2000000 GASTOS GENERALES**

Son los gastos relacionados con la adquisición de bienes y servicios necesarios para que la entidad cumpla con las funciones legalmente asignadas y con el pago de los impuestos y multas a que estén sometidos legalmente. Para su determinación se recomienda aplicar las medidas conducentes a la racionalización del gasto. Los gastos generales están clasificados contablemente por Gastos de Administración y Gastos de Operación.



**Gastos de Administración** corresponden a los gastos de personal en que incurre la empresa, relacionados con sus Áreas Funcionales de Dirección Corporativa y de Apoyo Logístico, tales como la Junta Directiva, el Despacho de la Gerencia, los asesores en Planeación, Desarrollo Empresarial, Jurídica, Control Interno, Contabilidad y en general todos los miembros del área Administrativa.

**Gastos de Operación** corresponden a los gastos generales en que incurre la empresa en su Área Funcional de Atención al Usuario y por tanto cada uno de los servicios que presta.

**Gastos Generales** indistintamente si son administrativos u operativos se clasifican en los siguientes objetos del gasto:

#### **2010100 y 2020100 Adquisición de Bienes**

Involucra la compra de bienes muebles, tangibles e intangibles, duraderos y de consumo, destinados a apoyar las áreas funcionales de Dirección, de Apoyo Logístico y de Atención al Usuario, necesarias para el desarrollo de las funciones de la entidad tales como compra de equipo, compra de equipo médico, odontológico y de laboratorio y mantenimiento hospitalario.

#### **2010100-1 Compra de equipos**

Corresponde a la adquisición de bienes devolutivos, activos fijos tangibles y equipos, para las unidades funcionales de apoyo logístico y dirección, tales como computadores, hardware, máquinas de oficina, etc., adquisición de nuevos paquetes o programas de software (intangibles) y licencias de uso de programas y aplicativos.

Este concepto incluye la adquisición, conforme al plan de compras, de bienes tangibles, de consumo duradero que deban inventariarse.

#### **2010100-2 Materiales**

Corresponde a bienes y materiales para uso final y todo tipo de artículos destinados a las áreas administrativas, de apoyo a la atención al usuario como facturación, archivo clínico, admisiones, y los que utilizan los servicios asistenciales en sus labores administrativas; además de la dotación que por la Ley 70 de 1988 se debe suministrar a los servidores públicos y trabajadores oficiales del área administrativa que devenguen menos de 2 SMMLV, tales como uniformes, ropa, delantales y calzado de labor.

Incluye bienes para consumo final requeridos por las diferentes dependencias que no deban inventariarse y que no sean objeto de devolución. Su adquisición se hará conforme al Plan de compras

#### **2010100-3 Salud Ocupacional**

Corresponde a los gastos requeridos para el desarrollo del programa de salud ocupacional o el conjunto de medidas y acciones dirigidas a preservar, mejorar y reparar la salud de las personas en su vida de trabajo individual y colectivo. Incluye la adquisición de los implementos necesarios para la protección laboral y adecuada salud ocupacional de los empleados de la E.S.E.

## **2010200 y 2020200 Adquisición de servicios**

Comprende la contratación y el pago a personas jurídicas y naturales por la prestación de un servicio que complementa el desarrollo de las funciones de la entidad y permiten mantener y proteger los bienes que son de su propiedad o están a su cargo, así como los pagos por concepto de tasas a que estén sujetas las entidades, agrupamos en este rubro los siguientes: seguros, impresos y publicaciones, servicios públicos, comunicaciones y transportes, viáticos y gastos de viaje, arrendamientos, vigilancia y aseo, Bienestar Social, Capacitación, estímulos, incentivos, programas de calidad, pagos a otras IPS, gastos financieros, incineración de residuos hospitalarios.

### **2010200-1 y 2020202-1 Seguros**

Adquisición de pólizas necesarias para proteger todos los recursos físicos, humanos, de información, de transporte de mercancías y financieros de la entidad contra todo tipo de riesgos. Incluye también las pólizas de cumplimiento requeridas en la contratación con empresas del SGSSS.

### **2010200-2 y 2020202-2 Impresos y publicaciones**

Comprende material y papelería preimpresa, tarjetas, volantes, cartillas, afiches, pendones, sellos y demás impresos elaborados en medios físicos o electrónicos necesarios para la prestación de servicios. Incluye además los gastos por publicidad, programas radiales y publicaciones institucionales relacionadas directamente con servicios de salud y la publicación de los contratos suscritos por la E.S.E.

### **2010200-3 y 2020202-10 Servicios Públicos**

Comprende el pago de servicios de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras, energía, teléfonos fijos, telefonía celular, internet y demás servicios públicos.

### **2010200-4 y 2020202-4 Comunicaciones y transporte**

Se cubre por este concepto los gastos de mensajería, transporte urbano, correos, parqueaderos, peajes, acarreos, fletes y correspondencia

### **2010200-5 y 2020202-5 Viáticos, gastos de viaje y Gastos de Transporte**

Los viáticos consisten en el reconocimiento que se realiza a los servidores públicos, correspondiente a los gastos de alimentación y alojamiento cuando, previo acto Administrativo, éstos deban desempeñar sus funciones en un lugar diferente a su sede habitual de trabajo, según las condiciones y tarifas establecidas en la norma, los Estatutos y los Acuerdos de la Junta Directiva. En el caso de los trabajadores oficiales se tendrá en cuenta también lo contenido en los respectivos contratos de trabajo.

**Gastos de viaje** consisten en el reconocimiento que se realiza a quienes prestan sus servicios a la E.S.E. través de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo, correspondiente a los gastos de alimentación y alojamiento cuando, previa estipulación en los respectivos contratos, éstos

deban prestar sus servicios en un lugar diferente a su sede habitual de prestación, según las condiciones y tarifas establecidas en la norma, los Estatutos y los Acuerdos de la Junta Directiva.

**Gastos de Transporte** consisten en el reconocimiento que se realiza a los servidores públicos y a quienes prestan sus servicios a la E.S.E a través de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo, correspondiente a los gastos de transporte, movilización y desplazamiento, cuando previa resolución o estipulación en el respectivo contrato de prestación de servicios, según el caso; éstos deban desempeñar sus funciones en un lugar diferente a su sede habitual de trabajo de prestación, de acuerdo con las condiciones y tarifas establecidas en la norma, los Estatutos y los Acuerdos de la Junta Directiva. Los gastos de transporte son independientes del valor de los viáticos o gastos de viaje.

No se podrán imputar por este rubro los gastos correspondientes a Viáticos o gastos de viaje y gastos de transporte cuando el ejercicio de las funciones se efectúe dentro del perímetro urbano de cada ciudad, ni cuando para el transporte, movilización y desplazamiento sean usados los vehículos de la E.S.E.

#### **2010200-6 y 2020202-9 Arrendamientos**

Comprende cánones de arrendamiento y cuotas de administración por bienes muebles e inmuebles necesarios en la E.S.E. para el desarrollo normal de sus actividades. Incluye el arrendamiento de paquetes operacionales (Software) y licencias de funcionamiento de equipos de telecomunicaciones.

#### **2010200-7 Vigilancia y Aseo**

Incluye la contratación externa de los servicios de vigilancia y aseo, con empresas legalmente constituidas para la prestación de estos servicios en las distintas dependencias adscritas.

#### **2010200-8 Bienestar Social**

Este concepto atiende a las erogaciones que demanden los Programas de Bienestar Social, encaminados a crear, mantener y mejorar las condiciones del nivel de vida de los servidores públicos y jubilados.

Corresponde a la ejecución de los programas de bienestar social contemplados en el acto de creación del comité y el programa anual aprobado. Los fondos económicos del Comité de Bienestar serán de destinación específica para la ejecución de las actividades contenidas en los programas de Bienestar Social. Los compromisos realizados con cargo a este rubro deberán estar expresamente autorizados por ley y estar contemplados en el programa de bienestar social aprobado para la vigencia.

#### **2010200-9 Capacitación, estímulos, incentivos, programa de calidad**

Comprende los costos de capacitación en asuntos administrativos otorgada a los servidores públicos de la entidad, conforme a lo establecido en el plan de capacitación aprobado y según lo normado en la Ley 909 de 2004 y sus decretos reglamentarios.

#### **2010200-10 y 2020202-3 Pagos otras IPS**

Incluye los costos facturados por otras IPS, públicas o privadas, por prestación de servicios a usuarios que por contratos de capitación se encuentran a cargo de la E.S.E. También incluye el pago de servicios solicitados como exámenes diagnósticos

#### **2010200-11 Gastos financieros**

Por este rubro se pagarán la compra de chequeras o libretas, comisiones por transferencias electrónicas, certificaciones bancarias, cartas de crédito, pagarés, comisiones e intereses.

#### **2010300 Impuestos, Tasas y Contribuciones**

Comprende los impuestos y tasas causados a cargo del ente público de conformidad con las disposiciones legales vigentes, tales como impuestos y demás tributos, multas y contribuciones a que esté sujeta la E.S.E., Impuesto Predial, Impuesto de vehículos, Entre otros y el pago de intereses por mora.

#### **2020202-6 Plan Integral de Manejos de Residuos Sólidos Hospitalarios**

Incluye los costos de incineración de todos los desechos anatomopatológicos y residuos contaminantes que se generen en la E.S.E. así como los costos en que incurra la ESE en el manejo integral de los residuos sólidos hospitalarios.

#### **2020202-7 Servicios de laboratorio contratado con terceros**

Corresponde al pago de servicio de laboratorio contratado con terceros para el análisis y resultados de exámenes de laboratorio que por su complejidad no se puedan hacer en la ESE; del mismo modo se cargarán los costos de la lectura de citologías realizadas en la Institución.

#### **2020202-8 Servicios de Imagenología contratado con terceros**

Corresponde al pago de servicio de toma y lectura de imágenes diagnósticas contratados con terceros.

#### **2020101 y 2020201 Mantenimiento Hospitalario**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 189 de la Ley 100 de 1993 "Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria".

Adquisición de bienes: Este objeto de gasto considera el gasto programado para la adquisición de bienes tendientes a la reposición, conservación y reparación de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

Adquisición de servicios: Este objeto de gasto considera el costo de lo programado para el pago de mano de obra tendiente a la conservación, reparación de la infraestructura y la dotación hospitalaria además de los equipos de cómputo y administrativos de la ESE.

### **2020102 Otros Gastos Generales por Adquisición de Bienes**

Corresponden a aquellos gastos generales por adquisición de bienes, autorizados por norma legal vigente, que no pueden ser clasificados dentro de las definiciones anteriores, los cuales deben presupuestarse teniendo en cuenta los requerimientos mínimos de la institución en papelería, material de oficina, uniformes, impresos y publicaciones, entre otros.

#### **2011199, 2011299, 2011399, 2020199 y 2020299 Vigencias Anteriores**

Por este rubro se deben presupuestar las cuentas por pagar por concepto de Gastos Generales de las vigencias anteriores derivadas de compromisos y órdenes de pago pendientes a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior y que se pagarán con cargo al presupuesto de la vigencia actual.

### **3000000 TRANSFERENCIAS CORRIENTES**

Son los recursos que transfiere la E.S.E. a otras instituciones públicas o privadas, con fundamento en un mandato legal. De igual forma, involucra las apropiaciones destinadas al pago de las mesadas de los pensionados que se encuentran a cargo de la E.S.E.

#### **3100000 Transferencias Sector Público**

Corresponde al valor que se debe cancelar a la Contraloría General de Antioquia por la cuota de auditaje en virtud del ejercicio de la función de vigilancia que por mandato legal debe ejercerse este órgano y los pagos que se le deben hacer a la Superintendencia Nacional de Salud por vigilancia.

#### **3200100 Pensiones y Jubilaciones (pago directo)**

Pagos que efectúa directamente la E.S.E. por conceptos de nómina de pensionados y jubilados en los términos señalados en las normas legales vigentes. De acuerdo con lo establecido en el artículo 24 del Decreto 530 de 1994 "las instituciones de salud continuarán con la responsabilidad de presupuestar y pagar directamente las pensiones a que están obligadas, en los términos del artículo 242 de la Ley 100 de 1993, hasta el momento en que se firme el contrato en el cual se establece la concurrencia para el pago de la deuda."

#### **3200200 Cesantías pago directo**

Por este rubro se debe presupuestar en los términos del inciso 5 del artículo 15 del Decreto 2676 de 1993, el valor estimado de las cesantías de los trabajadores no afiliados que se retiren de la institución durante la presente vigencia fiscal (entre otros, el pago de las cesantías a los profesionales de servicio social obligatorio) y por lo tanto se requiera efectuar el pago directo de las mismas.

#### **3200300 Bonos, Cuotas de Bonos y Cuotas Partes Jubilatorias**

Corresponde a los bonos pensionales o cuotas partes de bonos que le corresponda emitir a la entidad como cargo asumido por la jubilación de un exfuncionario con derecho a ser pensionado por otra entidad de previsión social.

Apropiación autorizada para cubrir el valor del pasivo pensional en lo relacionado con la expedición de Bonos pensionales y/o las cuotas partes que deban cancelarse. Estos recursos están destinados a la conformación y/o capitalización necesaria para financiar estos conceptos de pago.

Las cuotas partes agrupa los pagos por concepto de obligaciones parciales por jubilación o pensiones reconocidas a otro organismo oficial, a algún expleado de la ESE, de acuerdo con las normas legales vigentes.

#### **3200400 Intereses a las cesantías**

Reconocimiento y pago de los intereses a las cesantías a las que tienen derecho los servidores públicos de la institución. Corresponde al 12% anual del valor de las cesantías que se debe pagar a los empleados del hospital conforme a las normas legales vigentes.

#### **3300100 Sentencias y conciliaciones**

Son pagos que deben hacer las instituciones como efecto del acatamiento de un fallo judicial, de un mandamiento ejecutivo o una conciliación ante autoridad competente, en los que se le condene u ordene resarcir un derecho a terceros.

#### **3300200 Destinatarios de otras Transferencias Corrientes**

Son recursos que transfieren las Empresas a personas jurídicas o naturales, públicas o privadas, que no constituyen una contraprestación en bienes y servicios. Comprende las cuotas de sostenimiento y afiliación con destino a asociaciones o corporaciones de las que hace parte la E.S.E. como afiliado o asociado, entre otras COHAN y AESA

#### **3299999 y 3399999 Vigencias Anteriores**

Por este rubro se deben presupuestar las cuentas por pagar por concepto de Transferencias Corrientes de las vigencias anteriores derivadas de compromisos y órdenes de pago pendientes a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior y que se pagarán con cargo al presupuesto de la presente vigencia.

### **B. GASTOS OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

#### **400000 GASTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Para la programación de los gastos de producción de servicios y sus complementarios e intermedios se incluyen todos aquellos bienes que se incorporan a la prestación del servicio correspondiente, sin que puedan ser segregados del mismo, ya que constituyen insumos indispensables sin los cuales no es posible la prestación. Por esta razón se incorporan en este grupo el material médico quirúrgico, odontológico, de laboratorio, y los demás relacionados en el aparte pertinente de la presente guía, diferentes de los destinados para la venta directa.

Comprende gastos que realizan las E.S.E. para adquirir material u otros insumos necesarios en los procesos de producción de los servicios.

#### **4100100 Compra de bienes para la prestación de servicios**

Se trata de los suministros requeridos para la atención de los usuarios de los servicios de salud, tales como productos farmacéuticos material médico quirúrgico, materiales para odontología, laboratorios, y rayos X.

##### **4100100-1 Productos Farmacéuticos**

Incluye la compra de medicamentos, oxígeno medicinal, sueros y líquidos necesarios para la prestación de servicios en urgencias, hospitalización y sala de partos.

##### **4100100-2 Material Médico Quirúrgico**

Adquisición de material médico quirúrgico necesario para la prestación de servicios en urgencias, hospitalización y sala de partos.

##### **4100100-3 Material de laboratorio**

Compra de material necesario para prestar el servicio de laboratorio adecuadamente.

##### **4100100-4 Material para odontología**

Compra de material necesario para prestar el servicio de odontología en óptimas condiciones

##### **4100200-1 Gastos Complementarios e Intermedios (Alimentación)**

Por este rubro se presupuestan los costos del contrato de prestación de servicios para proveer la alimentación de los pacientes hospitalizados y del médico interno cuando se cuente con este recurso en la E.S.E.

### **5000000 GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL**

Son gastos que realiza la Empresa para adquirir bienes y servicios destinados a la comercialización, los cuales no constituyen un apoyo logístico para el cumplimiento de sus funciones.

#### **5100100 Compra de Bienes para la Venta**

Son gastos que realizan las Empresas para adquirir bienes no destinados a su consumo en la prestación del servicio, sino a la comercialización, sin transformación.

Comprende productos farmacéuticos, material médico quirúrgico, material de odontología para la venta al público.

### **C SERVICIO DE LA DEUDA**

Para la programación del servicio de la deuda tanto interna como externa, se debe considerar primero el tipo de acreedor y segundo los montos que corresponden al pago de la deuda en sí y los demás gastos generados por la misma. Estos aspectos se derivan directamente de los aspectos pactados en el respectivo contrato de crédito.

En los casos en que el crédito aún no ha sido contratado, pero se cuenta con un cupo autorizado, del cual se espera tener desembolsos en la vigencia que se programa y en las condiciones que se espera pactar el crédito, no se cuenta con periodo de gracia y por tanto el inicio del pago de las obligaciones se genera en la vigencia que se programa, se deberán programar aquellos pagos que de acuerdo con las estimaciones previstas se deberán realizar en la vigencia.

Constituye el monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por amortización, intereses, gastos y comisiones, de empréstitos contratados con acreedores nacionales e internacionales y que se paguen en pesos colombianos o en moneda extranjera.

Es de resaltar que los créditos de tesorería no tienen efectos presupuestales y deben ser pagados antes del 31 de diciembre de la vigencia con los ingresos de la misma. Los intereses que generen se cancelarán con cargo a gastos financieros en gastos generales.

El servicio de la deuda se clasifica en las cuentas de Servicio de la Deuda Pública Interna y Externa:

#### **7001000 Servicio de la Deuda Interna**

Constituye el monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por amortización, intereses, gastos y comisiones, de empréstitos contratados con acreedores nacionales y que se paguen en pesos colombianos.

El servicio de la deuda interna se clasifica en las subcuentas amortización deuda pública interna e intereses, comisiones y gastos deuda pública interna.

#### **7001100 Amortización Deuda Pública Interna**

Es el monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por la amortización de empréstitos contratados con acreedores nacionales y que se paguen en pesos colombianos.

#### **7001200 Intereses, Comisiones y Gastos Deuda Pública Interna**

Es monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por concepto de intereses, gastos y comisiones de empréstitos contratados con acreedores nacionales y que se paguen en pesos colombianos.

#### **7002001 Servicio de la Deuda Externa**

Constituye el monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por amortización, intereses, gastos y comisiones, de empréstitos contratados con acreedores extranjeros y que se paguen en otra divisa.

El servicio de la deuda externa se clasifica en las subcuentas amortización deuda pública externa e intereses, comisiones y gastos deuda pública externa.

#### **7002100 Amortización Deuda Pública Externa**



Es el monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por la amortización de empréstitos contratados con acreedores extranjeros y que se paguen en otra divisa.

#### **7002200 Intereses, Comisiones y Gastos Deuda Pública Externa**

Es monto total de pagos que se causen durante la vigencia fiscal por concepto de intereses, gastos y comisiones de empréstitos contratados con acreedores extranjeros y que se paguen en otra divisa.

### **D. GASTOS DE INVERSIÓN**

Constituyen aquellas erogaciones destinadas a crear infraestructura física y social cuya característica fundamental permita mejorar la salud de la población, acrecentar la productividad del sector salud en el campo de la infraestructura física; económica; de investigación y desarrollo científico y de cobertura de los servicios de salud.

#### **8000000 PROGRAMAS DE INVERSIÓN**

Constituyen aquellas erogaciones destinadas a crear infraestructura física, social e inversión, cuya característica fundamental permita mejorar la salud de la población, acrecentar la productividad del sector salud en el campo de la infraestructura física; económica; de investigación y desarrollo científico y de cobertura de los servicios de salud.

Son programas los constituidos por las apropiaciones destinadas a actividades homogéneas en un sector de acción económica, social, financiera o administrativa a fin de cumplir con las metas fijadas por la Empresa, a través de la integración de esfuerzos con recursos humanos, materiales y financieros asignados. Estos se clasifican en las subcuentas formación bruta de capital y gastos operativos de inversión.

#### **8001000 Formación Bruta de Capital**

Corresponden a las inversiones que hace la empresa que permiten incrementar la capacidad de producción y la productividad a través del desarrollo de la infraestructura física. Estos se clasifican por objeto del gasto en proyectos de inversión como subprogramas de construcción, remodelación, adecuación y ampliación de las diferentes áreas de la E.S.E.

#### **8002001 Gastos Operativos de Inversión (Programas especiales)**

Comprenden los otros gastos, distintos a los de formación bruta de capital. Comprende las partidas destinadas a financiar programas especiales en desarrollo de una política nacional o sectorial específica. Se incluyen programas de Salud Pública y otros programas especiales.

Estos también se clasifican por objeto del gasto en proyectos de inversión. En este se incluye el Fondo de la Vivienda de la Institución, para el cual sólo se estimará los recaudos por capital y rendimientos de los préstamos realizados, Decreto 1227 de 2005 reglamentado en Ley 909.

## E. DISPONIBILIDAD FINAL

La disponibilidad final es un resultado obtenido de restar a la suma de la disponibilidad inicial y del valor total de los ingresos de la vigencia el valor total de los gastos de la misma, no constituyendo una apropiación para atender gastos y reflejan solamente un excedente de recursos.

**Vigencias expiradas.** Excepcionalmente, podrían cancelarse aquellos compromisos originados en vigencias fiscales anteriores con cargo al presupuesto de la vigencia siguiente (pago de pasivos exigibles) siempre y cuando los mismos se hayan adquirido con las formalidades legales, contando con el respectivo soporte presupuestal, pero que por razones ajenas a la entidad pública, no se hubiesen podido ejecutar en la vigencia prevista.

La ESE deberá solicitar ante al ente competente (CODFIS – Junta Directiva) la autorización para adicionar los recursos correspondientes para la cancelación de vigencias expiradas cuando se cumplen los requisitos de Ley. Dado que es una adición de recursos, el trámite deberá contar con del certificado de disponibilidad que garantice la existencia de los recursos, expedido por el jefe de presupuesto o quién haga sus veces.

**Certificado De Viabilidad Presupuestal:** Con el fin de garantizar un mayor grado de eficiencia y eficacia en la gestión contractual, la Empresa Social del Estado Hospital Carisma a través del jefe de Presupuesto o quien haga sus veces, podrá expedir Certificado de Viabilidad Presupuestal, una vez el presupuesto para la vigencia haya sido aprobado.

## PRINCIPIOS PRESUPUESTALES.

**Planificación:** Presupuesto General que se expide anualmente, deberá reflejar los planes de largo, mediano y corto plazo. En consecuencia, para su elaboración se tomarán en cuenta los objetivos de los Planes y Programas de Desarrollo, el Plan Operativo Anual de Inversiones, y la evaluación que de éstos se lleve a cabo conforme a las disposiciones generales.. (Ley 38 de 1989, art. 9, Ley 179 de 1994, art.5).

**Anualidad:** El año fiscal comienza el 1º de Enero y termina el 31 de diciembre de cada año. Después del 31 de diciembre no podrán asumirse compromisos con cargo a las apropiaciones del año fiscal que se cierra en esa fecha y los saldos de apropiación no afectados por compromisos caducarán sin excepción. (Ley 38 de 1989, art. 10).

**Universalidad:** El presupuesto contendrá la totalidad de los gastos públicos que se espere realizar durante la vigencia fiscal respectiva.

**Unidad de Caja:** Con el recaudo de todas las rentas y recursos de capital se atenderá el pago oportuno de las apropiaciones autorizadas en el Presupuesto General. (Ley 38 de 1989, art. 12).

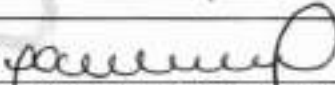
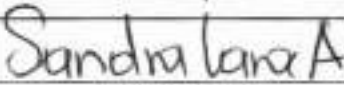
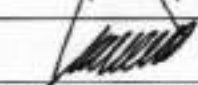
**Programación Integral:** Todo programa presupuestal deberá contemplar simultáneamente los gastos de inversión y de funcionamiento que las exigencias técnicas y administrativas demanden

como necesarios para su ejecución y operación, de conformidad con los procedimientos y normas legales vigentes. (Ley 38 de 1989, art. 13).

**Especialización:** Las apropiaciones deben referirse en cada órgano de la administración a su objeto y funciones, y se ejecutarán estrictamente conforme al fin para el cual fueron programadas. (Ley 38 de 1989, art. 14, Ley 179 de 1994, art. 55, inciso 3)

**Equilibrio:** El Presupuesto de Gastos o Ley de Apropiaciones tendrá como base el Presupuesto de Ingresos y Recursos de Capital, y entre ambos se mantendrá el más estricto equilibrio. Ley 38 de 1989, art. 15).

**Inembargabilidad:** Las rentas y recursos incorporados en el Presupuesto General son inembargables. La forma de pago de la sentencias a cargo de la entidad se efectuará de conformidad con el procedimiento establecido en el Código Contencioso Administrativo y demás disposiciones legales concordantes. (Ley 38 de 1989, art. 16).

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolima Andrea López Ramírez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Profesional Universitario – Recursos Financieros	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Garantizar la debida formulación, ejecución, control y seguimiento de las apropiaciones presupuestales de la entidad, garantizando el cumplimiento de los principios constitucionales y del Estatuto Orgánico de Presupuesto, orientadas al cumplimiento de las metas institucionales y la viabilidad financiera de la entidad.

**Alcance:** Comprende desde la planeación, formulación y aprobación del presupuesto hasta la elaboración de los informes correspondientes

**Responsable:** Subdirección Administrativa y Financiera y Auxillar de presupuesto

**LIMITES:** Este procedimiento inicia con el presupuesto de Ingresos y Gastos aprobado para la vigencia y finaliza con el informe de ejecución presupuestal de ingresos y gastos de la vigencia.

#### DATOS A TENER EN CUENTA

1. **Elaboración del Presupuesto:** El presupuesto, es un plan integrado y coordinado, que se expresa en términos financieros, respecto a las operaciones y recursos que forman parte de una ESE para un periodo determinado, con el fin de lograr los objetivos del Plan de Desarrollo y Plan Operativo de la vigencia. El presupuesto de una ESE está conformado por el Presupuesto de Ingresos, el Presupuesto de Gastos y unas Disposiciones Generales

- El presupuesto de la entidad se realizará de acuerdo a la proyección de ingresos (Recaudo efectivo) y gastos de la vigencia actual, con corte a 31 de octubre y proyección de noviembre y diciembre.
- Para una efectiva ejecución del presupuesto se tendrá presente lo establecido en el Plan de Acción, Plan de Compras y Plan de Inversiones pre-visto para cada vigencia

2. **Ejecución del Presupuesto:** Fase del ciclo presupuestario que comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización óptima del talento humano, y los recursos materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes, servicios y obras en la cantidad, calidad y oportunidad previstos en el mismo

- **Modificaciones:** Cuando se requiera modificaciones al presupuesto, se deben justificar ya que no están dirigidas a corregir defectos de la programación presupuestal, sino a contribuir a la correcta ejecución del Plan de Desarrollo a través del presupuesto.

Los ingresos adicionales deben estar soportados siempre por documentación válida y clara en la que se indique el monto y la procedencia de este, por medio de convenio, contrato o certificado de ingresos adicionales.

- **Cierre Anual:** La fecha limite para la expedición y elaboración de certificados de disponibilidad y registro presupuestal, será hasta la tercera semana del mes de diciembre.

Enviar a los entes de control la ejecución a diciembre 31 con la resolución de cierre de acuerdo con la matriz de información.

- 3. Seguimiento y Evaluación del Presupuesto:** El seguimiento está vinculado directamente con la programación y ejecución del presupuesto. Con él se busca evaluar las tendencias de gasto de cada rubro presupuestal y generar los elementos de juicio que permitan una mejor formulación de las operaciones presupuestales de la vigencia y la programación de las vigencias siguientes. El seguimiento y evaluación del presupuesto está a cargo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, razón por la cual será el centro de información presupuestal.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<p>La apropiación del presupuesto de la entidad se realizara de acuerdo a los lineamientos planteados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para cada vigencia y las Disposiciones Generales (Ver anexo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos SSSYPSA (en los lineamientos dice el paso a paso)</li> <li>• Proyección presupuesto de ingresos y de gastos</li> <li>• Necesidades de cada área con la respectiva justificación.</li> <li>• Portafolio de servicios</li> <li>• Plan de venta y mercadeo de servicios</li> <li>• Relación de cuentas por cobrar por cada régimen a la fecha de corte</li> <li>• Plan de gastos para la vigencia 2018</li> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Software de presupuesto</li> <li>• Formato de ejecución de ingresos y de gastos de la SSS Y PSA</li> <li>• Presupuesto aprobado e ingresado en el sistema</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 115 de 1996</li> <li>• Decreto 111 de 1996</li> <li>• Política financiera.</li> <li>• Solicitud de compra o de servicio con visto bueno de la Dirección Administrativa.</li> <li>• Para el certificado de disponibilidad presupuestal, se debe anexar la solicitud de compra y/o servicio.</li> <li>• Para registros presupuestales se debe anexar: Orden de compra y/o servicios, solicitud de disponibilidad presupuestal, factura de compra y/o cuenta de cobro.</li> <li>• El informe presupuestal para la contraloría debe presentarse cada trimestre del año (abril 30, julio 31 y octubre 31) y el último se presenta el 28 de febrero</li> <li>• No se puede realizar compras o solicitar un servicio, sin el certificado de disponibilidad presupuestal y/o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto de ingresos y gastos, aprobado por acto administrativo para la vigencia</li> <li>• Expedir la disponibilidad presupuestal, para garantizar la existencia de recursos</li> <li>• Verificar los compromisos presupuestales para garantizar que los recursos estén destinados para el objeto que se está tramitando</li> <li>• Realizar reporte mensual de ejecución de ingresos y gastos, para identificar el estado de presupuesto y poder determinar los rubros que requieran medidas.</li> <li>• Diligenciar acuerdos de traslados y adicciones para cubrir las partidas presupuestales que requieren aumento.</li> <li>• Expedir las resoluciones de traslado interno para</li> </ul>

registro presupuestal.

cubrir las partidas presupuestales que requieren aumento

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
<b>1</b>	<b>ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO</b>		
1.1	Elaboración del cronograma de trabajo para el proyecto de presupuesto, antes del último trimestre de la vigencia	Subdirección Administrativa y Financiera y encargado de presupuesto	Cronograma
1.1	Recibir y analizar los lineamientos técnicos para la formulación del presupuesto de Ingresos y gastos de la vigencia.	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	Lineamientos de Presupuesto
1.2	Solicitar a los encargados de procesos institucionales las necesidades, con sus respectivas justificaciones	Subdirección Administrativa y Financiera	Comunicado Interno
1.3	Calculo de Venta de Servicios.	Encargado de presupuesto	• Contratos. Ejecución presupuestal
1.4	Calculo de gastos de Funcionamiento (Gastos de Personal y Gastos Generales)	Encargado de Presupuesto	Planta de cargos, histórico de Gastos Generales. Ejecución de Gastos a 31 de octubre de la vigencia
1.5	Cálculo de Gastos de Comercialización y Prestación de Servicios	Encargado de Presupuesto	Ejecución de Gastos a 31 de octubre de la vigencia
1.6	Gastos de Inversión – Programas Especiales	Encargado de Presupuesto – Asesora de Proyectos y Mercadeo	Ejecución de Proyectos y Convenios firmados
1.7	Equilibrio presupuestal de Ingresos y Gastos.	Encargado de Presupuesto	Planilla de la Seccional
1.8	Presentación del Presupuesto a la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia	Subdirección Administrativa y Financiera, encargado de presupuesto	Acta de la reunión, soportes de la construcción, observaciones al presupuesto
1.9	Presentación del Presupuesto a la Junta Directiva para su aprobación	Gerencia – Subdirección Administrativa y Financiera	Acuerdo de Junta con aprobación del presupuesto de Ingresos y gastos
1.10	Ingresar el presupuesto aprobado de ingresos y gastos al Módulo de Presupuesto en Xenco, registrando rubro por rubro aprobados por la Junta Directiva, para la vigencia fiscal	Encargado de Presupuesto	Plantilla

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	correspondiente		
2.	<b>EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS</b>		
2.1	Recibir solicitud de <b>Disponibilidad Presupuestal</b> para orden de compra o de servicios, dicha solicitud debe ser previo a cualquier hecho cumplido, es decir antes de que se celebre alguna orden de compra o de servicio, ésta solicitud debe ser clara y concisa, especificando el concepto que permita identificar que Rubro será afectado. Esta solicitud debe contener además la respectiva justificación	Subdirector administrativo y/o encargados de procesos	Comunicado Interno
2.2	Solicitar al encargado de Presupuesto, mediante comunicado interno, que contenga la información necesaria, la expedición del <b>Compromiso Presupuestal</b> , sea para compra, orden ser servicio o contrato  <b>Nota:</b> Información necesaria hace referencia a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres completos y/o razón social, identificación (Cédula o Nit), dirección y teléfono.</li> <li>• Documentación Legal: Cámara de Comercio, RUT, cédula representante legal, Certificado de parafiscales y/o planilla de pago seguridad social, cuenta bancaria.</li> <li>• Consulta de antecedentes de Procuraduría, Contraloría y Policía.</li> </ul>	Funcionario que evidencia la necesidad	Comunicado Interno con soportes requeridos
2.3	Crear en presupuesto los proveedores nuevos, con la información contenida en el Nit actualizado. Información que deberá ser suministrada por el solicitante del compromiso.	Encargado de presupuesto y de procesos	RUT
2.4	Ingresar y verificar en el módulo de presupuesto el saldo disponible del rubro solicitado y su pertinencia con lo planeado	Encargado de presupuesto	Ejecución Presupuestal
2.5	Expedir y registrar tanto el certificado de disponibilidad presupuestal, como compromiso presupuestal, de acuerdo a la información suministrada en el comunicado, garantizando la afectación del rubro correspondiente.	Encargado de presupuesto	Documento impreso con Certificado de Disponibilidad y/o compromiso presupuestal
2.2	<b>MODIFICACIONES</b>		
	<b>ADICIONES</b>		
2.2.1	Revisar la ejecución presupuestal de ingresos	Encargado de	Ejecución Presupuestal

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	para determinar si existe superávit en los recaudos. Además la ejecución de gastos para hacer proyección de necesidades de acuerdo al comportamiento.	Presupuesto	
2.2.2	Generar informe, sobre la existencia de ingresos adicionales por mayores recaudos de los programados y necesidades en el presupuesto de gastos según obligaciones, para presentarlo a la gerencia	Encargado de Presupuesto	Informe de Ingresos y necesidades de gastos
2.2.3	Elaborar proyecto de Acuerdo para solicitar autorización de Adición presupuestal.	Encargado de Presupuesto	Proyecto de Acuerdo
2.2.4	Presentar proyecto de Acuerdo ante la Junta Directiva para su aprobación	Subdirección Administrativa y Financiera	Proyecto de Acuerdo
2.2.5	Una vez aprobada las modificaciones, registrarlas en el módulo de presupuesto	Encargado de Presupuesto	Movimiento Presupuestal
<b>REDUCCIONES</b>			
2.2.6	Revisar la ejecución presupuestal de ingresos para determinar si existe déficit en los recaudos. Además la ejecución de gastos para hacer los ajustes de necesidades de acuerdo al comportamiento	Encargado de Presupuesto	Ejecución Presupuestal
2.2.7	Una vez identificado que los ingresos no se comportan como se estimó, se podrán hacer los ajustes requeridos al presupuesto de acuerdo con el Artículo 28, Decreto. 115 de 1996. La cual será aprobada por la Junta Directiva.	Subdirección administrativa y Financiera	Acuerdo de Junta Directiva
2.2.8	Elaborar proyecto de Acuerdo para solicitar autorización de reducción presupuestal.	Encargado de Presupuesto	Proyecto de Acuerdo
2.2.9	Presentar proyecto de Acuerdo ante la Junta Directiva para su aprobación	Subdirección Administrativa y Financiera	Proyecto de Acuerdo
2.2.10	Una vez aprobada la modificaciones, registrarlas en el módulo de presupuesto	Encargado de Presupuesto	Movimiento Presupuestal
<b>TRASLADOS</b>			
2.2.11	Generar y analizar la ejecución presupuestal de gastos haciendo una proyección de necesidades de acuerdo al mes analizado.	Encargado de Presupuesto	Ejecución presupuestal
2.2.12	Identificar las partidas presupuestales que según la proyección se encuentran deficitadas y de cuales se pueden trasladar, informar al Subdirector Administrativo	Encargado de Presupuesto	Listado de Rubros



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
2.2.1.2. 1	Durante la ejecución de proyectos se presentan necesidades de traslado(entre rubros), éstas deben estar soportadas mediante acta o documento que haga sus veces, el cual debe estar firmado por el Supervisor o Interventor de la entidad que nos contrata	Asesor de Programas y Mercadeo y encargado de presupuesto	Documento que soporte la necesidad del traslado
2.2.13	Elaborar certificado de disponibilidad por cada partida para modificaciones al presupuesto. Lo pongo en amarillo, porque nunca lo he hecho	Encargado de Presupuesto	Certificado de modificaciones presupuestales
2.2.14	Una vez aprobadas las partidas que se pueden contra acreditar y acreditar en el presupuesto de gastos, se solicita número de Resolución, para elaborar acto administrativo que soporta el traslado y se pasa para la firma del gerente	Encargado de Presupuesto y Asesora Jurídica	Resolución de Traslado
<b>2.3</b>	<b>CIERRE</b>		
	<b>CIERRE MENSUAL</b>		
2.3.1	Conciliar con el área de Contabilidad que todas las facturas de venta y cuentas de cobro causadas, se descarguen bien en el sistema y afecten adecuadamente las obligaciones de la ejecución presupuestal.	Encargado de presupuesto y auxiliar contable	Movimiento presupuestal y causaciones
2.3.2	Con el informe generado por el encargado de facturación, por concepto de venta de prestación de servicios, realizar la respectiva conciliación entre módulos.	Encargado de presupuesto y facturación	Movimiento Presupuestal y listado de facturación
2.3.3	Verificar que los valores que se generan por la interface de recaudos sean aplicados en el rubro correspondiente, y que su valor sea igual a los recaudos de tesorería.	Encargado de Presupuesto y Tesorería	Movimiento Presupuestal e Informe de Recaudos
2.3.4	Verificar que tanto el recaudo como el reconocimiento sean iguales, o que el reconocimiento sea superior al recaudo. De no cumplirse ese principio, conciliar e identificar las diferencias para corregirlas	Encargado de Presupuesto y Tesorería	Movimiento Presupuestal e informe de Recaudos
2.3.5	Descargar de manera manual, las notas crédito y débito bancarias del mes, en el rubro correspondiente	Encargado de Presupuesto y Tesorería	Conciliación Bancaria
2.3.6	Exportar del módulo de Presupuesto a la plantilla de ejecución presupuestal de la SSSPSA, los movimientos de ingresos (reconocimientos y recaudos) y de gastos (compromisos, obligaciones y pagos).	Encargado de Presupuesto	Planilla de la SSSPSA con la ejecución

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
2.3.7	Verificar que los movimientos que se pasaron de Xenco a la plantilla de SSSAPSA, sean iguales.	Encargado de Presupuesto	Ejecución Presupuestal
2.3.8	Una vez realizada la conciliación entre áreas, reconstruir el mes y proceder con el cierre	Encargado de Presupuesto	Mes cerrado
<b>CIERRE ANUAL</b>			
2.4.1	Validar con listado generado por el módulo de presupuesto de los saldos de los certificados de disponibilidad y compromiso presupuestal. reintegrar de cada rubro presupuestal los saldos existentes.	Encargado de Presupuesto	Informe Saldo de Movimientos
2.4.2	Entregar informe de saldo en movimientos a los encargados de procesos, quienes autorizan el reintegro de los mismos	Encargado de procesos	Autorización
2.4.3	Ingresar en el módulo de presupuesto con el objetivo de verificar las cuentas por pagar, clasificadas por rubro que quedan pendientes para la vigencia.	Encargado de presupuesto	Ejecución Presupuestal
2.4.4	Reservas Presupuestales: Constituir las cuentas por pagar, lo que permite realizar oportunamente el cierre y liquidación de presupuesto de ingresos y gastos al final de la vigencia fiscal	Encargado de Presupuesto	Resolución de Cuentas por pagar
2.4.5	Realizar informe definitivo de ejecución de presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia, para su presentación dentro de los términos establecidos a los entes de control tanto internos como externos	Encargado de Presupuesto	Informe de Ejecución Presupuestal
<b>3</b>	<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>		
3.1	El encargado de Presupuesto realiza seguimiento a la ejecución presupuestal de las diferentes unidades funcionales	Encargado de Presupuesto	Movimiento Presupuestal
3.2	Generar la ejecución presupuestal, mes a mes, para analizar tanto al ingreso como al gasto.	Encargado de Presupuesto	Informe
3.3	Presentar el informe al Gerente, donde se evaluara que la ejecución presupuestal del periodo guarde coherencia con lo proyectado, garantizando como mínimo el punto de equilibrio presupuestal.	Encargado de Presupuesto	Informe
3.4	Revisar y publicar el informe de ejecución presupuestal mensual y/o , trimestral y/o anual del Presupuesto a los entes de control.	Encargado de Presupuesto	Informe
	<b>Mensual:</b>		

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecución presupuestal de ingresos y gastos.</li> </ul> <p><b>Trimestral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Información presupuestal y validación en el sistema consolidado CHIP para la presentación de la categoría presupuestal a la Contraloría General</li> <li>Información Presupuestal y validación en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO, para enviar a la SSSYPSA.</li> </ul> <p><b>Semestral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de Mantenimiento Hospitalario</li> </ul> <p><b>Anual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe para rendición de cuentas a la Contraloría General de la República, teniendo como soporte las ejecuciones semestrales.</li> <li>Elaboración de informes solicitados según los requerimientos de los Entes de Control, entidades, Gerente y Subdirectores</li> </ul>		

#### DEFINICIONES

- **Adición presupuestal:** Son modificaciones presupuestales que incrementan o tanto el presupuesto de ingresos como el de gastos
- **Apropiación presupuestal:** Es la autorización máxima de gastos y expira el 31 de cada vigencia, en consecuencia no podrán comprometerse, adicionarse, transferirse ni contra acreditarse.
- **Certificado de Disponibilidad Presupuestal:** Es el documento expedido por el área de presupuesto con el cual se garantiza la existencia de apropiación presupuestal disponible y libre de afectación para la asunción de compromisos. Este documento afecta preliminarmente el presupuesto mientras se perfecciona el compromiso y se efectúa el correspondiente registro presupuestal
- **Certificado de Registro Presupuestal:** Es el documento a través del cual se acredita la operación de registro presupuestal que perfecciona el compromiso y afecta en forma definitiva la apropiación garantizando que esta no será desviada a ningún otro fin.
- **Cierre presupuestal:** finalización de la anualidad presupuestal de la vigencia (no se podrán asumir compromisos con cargo a las apropiaciones del año fiscal que se cierra).
- **Cuentas por Pagar:** Son obligaciones que al cierre de la vigencia no alcanzaron a ser pagadas a las personas beneficiarias por el suministro de bienes y servicios. Para su constitución se

requiere entonces: que hayan sido expedidos los correspondientes Certificados de Disponibilidad Presupuestal y Certificado de Compromiso Presupuestal; que los bienes y servicios se hayan recibido efectivamente. También forman parte de las Cuentas por Pagar que se constituyan al cierre de la vigencia, los anticipos entregados a los contratistas que no alcanzaron a ser legalizados

- **Deficitar:** Es la escasez, el menoscabo o la deficiencia de alguna cosa que se necesita o que se considera como imprescindible.
- **Disposiciones Generales:** Corresponde a las normas tendientes a asegurar la correcta ejecución del Presupuesto de la entidad, las cuales regirán únicamente para el año fiscal para el cual se expidan
- **Ejecución Presupuestal:** Corresponde al proceso mediante el cual se cumple el objeto mismo del gasto. Este proceso se inicia con la asunción de compromisos y termina con la recepción del bien o la prestación del servicio y su respectivo pago.
- **Gastos de Funcionamiento:** Son las apropiaciones necesarias para la adquisición de bienes y servicios necesarios para el normal desarrollo de las actividades administrativas, técnicas y operativas. Comprende los gastos por servicios personales, gastos generales, aportes patronales y transferencias de funcionamiento.
- **Gastos De Inversión:** Lo constituyen las erogaciones susceptibles de causar réditos o de ser de algún modo económicamente productivas, o que se materialicen en bienes de utilización perdurable, llamados también de capital por oposición a los de funcionamiento, que se hayan destinado por lo común a extinguirse con su empleo. Este concepto incluye los gastos destinados a crear infraestructura social. La característica fundamental de estos gastos es que su asignación permita acrecentar la capacidad de producción y la productividad en el campo de la estructura física, económica y social territorial.
- **Gastos de personal:** Corresponden a aquellos gastos en que incurren las ET como contraprestación a los servicios prestados por las personas con base en una relación laboral directa o a través de contrato.
- **Gastos Generales:** Son las erogaciones relacionadas con la adquisición de bienes y servicios necesarios para el normal funcionamiento de la organización territorial, así como para el pago de impuestos, contribuciones, tasas y multas a que esté sometida la misma.
- **Ingresos adicionales:** Es el incremento a la apropiación inicial con el fin de complementarla, para ampliar el servicio, cumplir con la meta física o cubrir un nuevo gasto o servicio, con base en recursos adicionales debidamente sustentados
- **Ingresos Corrientes:** Son los ingresos que la Empresa recibe ordinariamente en función de la prestación de los servicios de salud y aquellos que por disposiciones legales le hayan sido asignados. Se clasifican en Venta de Servicios, Venta de Otros Bienes y Servicios y Aportes no Ligados a la Venta de Servicios de Salud.
- **Modificaciones al Presupuesto:** Constituyen los mecanismos mediante los cuales se modifica el presupuesto a lo largo de la vigencia. Pueden ser Adiciones, reducciones y traslados.
- **Partidas presupuestales:** La partida presupuestaria es el monto de dinero que se asigna a cada rubro y que sumadas todas las partidas presupuestarias conformarían el total del presupuesto.

- **Presupuesto de Gastos:** Es el conjunto de gastos necesarios para mantener el ritmo operativo y administrativo de la entidad en cada vigencia
- **Presupuesto de Ingresos:** Corresponde a la proyección de ingresos a partir de las previsiones de ingresos monetarios para la vigencia, se calcula con el recaudo real de las ventas logradas a 31 de octubre y en las expectativas respecto a los meses de noviembre y diciembre.
- **Presupuesto:** Cálculo o estudio anticipado de los ingresos probables y del nivel a que podrían llegar los ingresos y gastos que con cargo a ellos deben efectuarse dentro de un periodo determinado, denominado ejercicio presupuestario y que generalmente es de un año.
- **Principios Presupuestales:** La Planificación, La Anualidad, la Universalidad, la Unidad de Caja, la Programación Integral, la Especialización, el Equilibrio y la Inembargabilidad
- **Reconocimiento:** Se conceptúan de forma genérica los derechos a cobrar como los créditos actuales de la entidad frente a terceros, surgidos como consecuencia de acontecimientos pasados, en virtud de los cuales el deudor queda obligado a satisfacer a la entidad una determinada cantidad de dinero, en un momento concreto (vencimiento) y con las condiciones que se deriven de su soporte documental.
- **Reducción Presupuestal:** Son modificaciones presupuestales que disminuyen o tanto el presupuesto de ingresos como el de gastos
- **Reservas Presupuestales:** Corresponden a compromisos legalmente adquiridos a más tardar el 31 de diciembre de cada año, donde no se recibió totalmente el bien o el servicio. Las reservas presupuestales serán constituidas por el ordenador del gasto y el Jefe de Presupuesto.
- **SSSYPSA:** Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y Protección Social de Antioquia
- **Superávit presupuestal:** Exceso de los ingresos del estado sobre gasto público. Si hay superávit, el estado ha gastado menos de lo que ha ingresado
- **Transferencias Corriente:** Son recursos que el Hospital transfieren a entidades nacionales, departamentales o municipales públicas o privadas, con fundamento en un mandato legal. De igual forma, involucra las apropiaciones destinadas a la previsión y seguridad social, cuando la entidad asume directamente la atención de las mismas.
- **Traslados:** son movimientos que se realizan dentro o entre un mismo agregado del gasto (funcionamiento o inversión), pero que no aumentan ni disminuyen el presupuesto ingresos y gastos
- **Venta de Servicios:** Son los recursos generados por la institución en desarrollo de las actividades propias de su objeto social y están directamente relacionados con la venta de los servicios de salud a los usuarios tanto de los regímenes contributivo y subsidiado, contratados por las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado, como de los demás usuarios de los servicios de salud.

#### Documentos de Referencia:

- ✓ **La Constitución Política de Colombia** en el Título XII, artículos 332 a 373, establece el régimen económico y de la hacienda pública y le otorga la dirección general de la economía al Estado. Específicamente el Capítulo 3, del Título XII, trata lo referente al presupuesto (Art. 345 al 355) y el Capítulo 4 que trata lo referente a la distribución de recursos y las competencias (Art. 356 a 364).

- ✓ Decreto 111 DE 1996 "Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto".
- ✓ Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. Artículo 32. Destino del superávit presupuestario
- ✓ Lineamientos Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
- ✓ Ejecución presupuestal a diciembre 31.

**Formatos:**

- Relación de Certificados de Disponibilidad Presupuestal.
- Relación de Registro Presupuestal.
- Ejecución presupuestal de ingresos y gastos SSSYPSA.
- Ejecución presupuestal de ingresos y gastos Xenco
- Formato de Solicitud de Disponibilidad y compromiso presupuestal (no existe, hay que implementarlo)

**Riesgos del procedimiento**

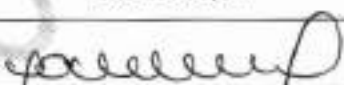
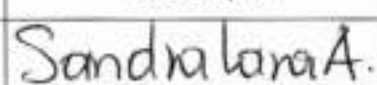

Producto no conforme Potencial	Riesgos Potenciales	Punto de Control	Periodicidad de aplicación de puntos de Control	Indicador del Proceso
Se genere la ejecución presupuestal de ingresos y gastos con errores	Se expidan certificados de disponibilidad y/o registros presupuestales en rubros equivocados. Se remita información a los entes de control errada	Revisar mensualmente la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, rubro por rubro para evitar errores	Permanentemente.	Porcentaje esperado de ejecución a la fecha / porcentaje ejecutado a la fecha
Adición por Mayores Recaudos	Superávit muy alto en el recaudo de los ingresos presupuestales por error en la planeación del presupuesto	Planear cuidadosamente el presupuesto basándose en años anteriores y tener en cuenta nuevos contratos y convenios que puedan llegar	Trimestral	
Informe de Recaudos por Régimen	Determinar erróneamente a que código de ingresos corresponde el superávit.	Revisar el convenio o certificado de ingresos antes de determinar el código	Mensual	

Producto no conforme Potencial	Riesgos Potenciales	Punto de Control	Periodicidad de aplicación de puntos de Control	Indicador del Proceso
	Mala interpretación de la ejecución de gastos	Analizar detalladamente la ejecución de los gastos y centrarse en los gastos en los cuales se está incurriendo más y están más propensos a quedar sin saldo	Mensual	
	Expedir certificado de disponibilidad presupuestal sin tener fondos suficientes y contraer un compromiso mayor al saldo de la cuenta	Revisar detalladamente el certificado de disponibilidad presupuestal para poder contraer compromisos	Mensual	
	Dejar de registrar un Recaudo, porque el Software no está realizando la interface entre módulos	Conciliación entre el módulo de Tesorería y Presupuesto	Mensual	
	Dejar de registrar un Reconocimiento, porque el Software no está realizando la interface entre módulos	Conciliación entre el módulo de Facturación y Presupuesto	Mensual	
	Trasladar montos de un rubro a otro sin tener en cuenta las obligaciones que este tenga que cumplir y se quede sin saldo para cubrir estas obligaciones	Analizar detalladamente las necesidades de traslado presentadas; realizar proyección a diciembre del rubro en cuestión.		
Acto administrativo mal elaborado o presentado de manera	-Certificados de Disponibilidad y Registros Presupuestales mal saldados	Confrontar saldos de compromisos, obligaciones y pagos de la ejecución	En cada cierre mensual de presupuesto	Porcentaje de ejecución esperado / Porcentaje de Ejecución

Producto no conforme Potencial	Riesgos Potenciales	Punto de Control	Periodicidad de aplicación de puntos de Control	Indicador del Proceso
inoportuna		presupuestal.		
Cierre de presupuesto mal elaborado	No se incluyan todas las cuentas por cobrar y por pagar de la vigencia	Verificación de saldos con el módulo de contabilidad	En cada cierre anual	

**Mecanismos de Evaluación:**

- Ejecución Presupuestal
- Actos Administrativos, Resoluciones, Acuerdos de Junta Directiva
- Soportes de presentación de informes a entes de Control, SIHO, SGRP

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolima Andrea López Ramírez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Profesional Universitario – Recursos Financieros	Desarrollo Organizacional	Gerente



**OBJETIVO:** Ejecutar las actividades necesarias para el adecuado ingreso de los recursos de los clientes o usuarios y el pago oportuno de las obligaciones contraídas para el desarrollo eficiente de la ESE hospital carisma

**ALCANCE:** Inicia desde Recibir e identificar los dineros recaudados de ambas sedes, igualmente las consignaciones depositadas en las cuentas bancarias de la entidad, así mismo recibir facturas y cuentas de cobro; y culmina con el registro y elaboración de los comprobantes de ingreso y de egreso.

**RESPONSABLE:** Subdirección administrativa y financiera, tesorero

#### DEFINICIONES Y TERMINOS:

**Canales electrónicos de pago:** Herramienta fundamental que permite la transferencia de manera electrónica de los dineros a cambio de bienes y/o servicios; sistemas eficientes que facilitan y promueven una mayor actividad económica.

**Transferencia electrónica:** Medio de pago a través de un canal electrónico de una entidad financiera, que autoriza a la persona a cuyo favor es emitida, el abono en cuenta bancaria, previamente registrada y autorizada, se realiza mediante un computador, usuario y clave de acceso.

**Cheque:** Medio de pago genérico que se realizara mediante autorización del gerente para reembolsos de caja menor y clientes externos que soliciten este medio de pago.

**Consignación:** Mecanismo bancario, por medio del cual se pueden realizar transacciones en efectivo o cheque para ingresar los dineros producto de una actividad a una cuenta en mención.

**Proveedor:** Persona natural o jurídica que tiene origen en las obligaciones contraídas por la entidad.

**Cuenta:** Totalidad de documentos requeridos para el pago.

**Beneficiario:** Persona natural o jurídica que tiene derecho a percibir ciertas prestaciones económicas o al reconocimiento de ciertos derechos en función de un contrato u obligación adquirida por la entidad.

**Orden de Pago:** Documento que proporciona al proveedor o contratista para el pago de bienes y servicios.

**Comprobante de Egreso:** Permite el registro, control, contabilización y consolidación de los egresos con cargo al presupuesto de gastos de la entidad desde la ordenación de los mismos hasta su pago por la tesorería.

**Ordenador del gasto:** Persona del nivel directivo con capacidad de autorizar movimientos y pagos con dineros de la entidad.

**Pago:** Acto mediante el cual la ESE Hospital Carisma, desembolsa el monto de la obligación, ya sea mediante cheque bancario o transferencia a la cuenta bancaria autorizada por el beneficiario e inscrita anteriormente, con este se extingue la obligación, realizada por el profesional de la tesorería y con la contabilización respectiva, donde se hacen las respectivas deducciones.

**Pago Masivo:** Pago realizado en grupo, generalmente para el pago de nómina.

**Reintegro:** Restitución o devolución de una cantidad de dinero que se debe a la entidad, producto de anticipos sin legalizar.

**Recibo de caja:** Documento generado para registrar el ingreso a la entidad de los clientes o usuarios.

**Xenco - Modulo tesorería:** Herramienta automatizada que integra y estandariza el registro de las actividades de tesorería, contabilidad y presupuesto.

**Portal Transaccional:** Portal bancario autorizado por la entidad bancaria donde la ESE Hospital Carisma posee sus cuentas.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES -INGRESO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Ingresar a los bancos virtualmente y verificar los depósitos realizados en las diferentes cuentas de la entidad, del día anterior.	tesorería	Recibo de caja
2	Imprimir los saldos de las cuentas globales y detalladas		Movimientos bancos
3	Ingresar al movimiento de cada una de las cuentas para evidenciar consignaciones del día anterior		Reporte movimiento de
4	Si hay consignaciones se imprimen para soportar los recibos de caja		bancos

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES -INGRESO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Ingresar al módulo de cartera para imprimir los listados de recaudos del día anterior, reclamar los dineros que corresponde según el recaudo a cada persona y generar el listado de facturas en cartera y enviar al mensajero al banco a realizar la consignación correspondiente.		
6	Ingresar al módulo de cartera para la Generación de los RD y RM (movimientos de taquilla) a contabilidad encontrados del día anterior	Auxiliares Administrativos de ambas sedes	reporte
7	En el archivo de Excel de consecutivos se asignan los números correspondientes a estos recaudos, y a los encontrados en las cuentas bancarias.		Consecutivo de recibos
8	En el módulo de tesorería se asientan las consignaciones entregadas por el mensajero y con el consecutivo correspondiente del archivo de Excel, realizando con esto el soporte de recaudos		Reporte de taquilla y se realiza un CO(recibo de caja)
9	Asentar igualmente las consignaciones encontradas en las cuentas por RR por cada entidad y con el consecutivo asignado por el archivo de Excel, realizando con esto los recibos de caja	tesorería	Registro de Flujo de caja
10	Se diligencia en el archivo de Excel del boletín de caja los saldos de la cuenta global y los respectivos movimientos de ingreso.		
11	Conciliar los reportes elaborados en el sistema de Xenco y el informe de Excel boletín de caja, contra los documentos soportes (físicos), los cuales se archivan con el boletín de caja (recibos de caja, transferencias)		Boletín de caja
12	Se imprime y se archiva según normas establecidas en la institución para esta actividad.	tesorería	Boletín diario

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES -EGRESO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recibir las facturas y cuentas de cobro de gestión transparente, en una planilla de control	Tesorería-Auxiliar administrativo	Planilla control

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES -EGRESO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		gestión transparente	
2	Luego estas se envían a la gerencia para su aprobación, con la respectiva relación con dos copias, una de recibido de la secretaria y la original que vuelve a tesorería con la firma del gerente.	Tesorería, secretaria, gerente	Planilla control de cuentas por pagar y aprobación y las facturas por vencimiento
3	Con la aprobación de las facturas y cuentas de cobro, se ordenan por vencimiento, para realizar los pagos por lo general los jueves, luego del visto bueno del subdirector administrativo y financiero		
4	Para el pago de nómina se recibe la planilla de empleados de recursos humanos firmada por el subdirector Administrativo y financiero y el responsable de nómina para verificar, y luego nómina actualiza en el sistema el día del pago.	Tesorería-Th-subdirector Administrativo y financiero	Listado de nómina de empleados
6	Las deducciones también son pasadas por recursos humanos en planillas firmadas por el responsable de generarlas.	Th	Planilla de deducciones
7	Realizar la orden de pago correspondiente a cada factura o cuenta de cobro en el módulo de tesorería.	Tesorería	egreso
8	Generar el egreso correspondiente a la orden de pago realizada anteriormente, se ingresa al banco y se hace el lote por grupos, (esto es carisma, o cada proyecto).		
9	Para los pagos que se hacen por las paginas correspondientes de cada entidad, como son los embargos, las estampillas, los aportes voluntarios de pensión y la seguridad social y la Dian, para estos pagos se ingresa a cada página y es necesario que este el subdirector administrativo y financiero para aprobarlos		
10	El subdirector administrativo y financiero aprueba estos pagos con el token correspondiente	subdirector administrativo y financiero	Egreso con Soporte de pago
11	Imprimir los soportes de pago, para ser adjuntados al egreso y firmados por gerencia y subdirector administrativo y financiero.	Tesorería-subdirector administrativo	
12	Los egresos con los respectivos soportes se entregan	administrativo y	Egreso con

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES -EGRESO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	para firmas de subdirector administrativo y financiero y gerente, luego a gestión transparente y se archivan	financiero-gerencia	soportes
13	Luego que lleguen firmados a la tesorería son entregados a gestión transparente, con la misma planilla.	Tesorería-Auxiliar administrativo gestión transparente	
14	Cuando gestión transparente entregue los egresos, se procede a legajar en orden consecutivo, con legajos de 200 folios.	Tesorería- Auxiliar administrativo- gestión transparente	Legajos foliados

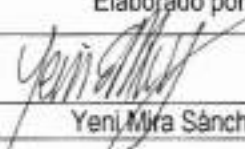
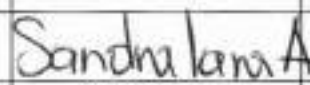
No.	ACTIVIDADES ESENCIALES - TRANSFERENCIAS ENTRE CUENTAS	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Autorización aprobada por el subdirector administrativo y financiero, persona que lo aprueba.	subdirector administrativo y financiero	
2	En el módulo de tesorería se realiza el movimiento y se imprime el soporte de la transferencia	Tesorería	Soporte de la transferencia y TR Boletín de caja
3	En la plataforma del banco se hace la transferencia entre bancos y se imprime el soporte, el cual se anexa el documento del sistema.		
4	Se asientan en el archivo del boletín de caja en Excel		
5	Luego es archivado en el movimiento del día en el boletín de caja		

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES - NOTAS DEBITO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Las Notas debito por lo general se realizan cada mes, con la información suministrada por contabilidad, luego de hacer las conciliaciones bancarias. Gastos financieros.		Notas debito
2	Se ingresa al sistema módulo de tesorería las NDB, por cada uno de las cuentas bancarias, si existe según movimientos entregados por contabilidad	Tesorería	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES – NOTAS DEBITO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
3	Se imprime para ingresarlo al boletín de caja		
4	Luego se asientan en el boletín en Excel.		

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES – NOTAS CREDITO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Las Notas por lo general se realizan cada mes, con la información suministrada por contabilidad, luego de hacer las conciliaciones bancarias. Rendimientos financieros	Tesorería	Nota crédito bancario
2	Se ingresa al sistema las NCB, por cada uno de las cuentas bancarias, si existe según movimientos entregados por contabilidad.		Nota crédito bancario
3	Se imprime para ingresarlo al boletín de caja		Gasto rendimiento bancario y
4	Luego se asientan en el boletín en Excel		
5	Las notas debito y créditos también son registradas en un archivo de gastos bancarios, cada mes. Atención a usuarios internos y externos		carpeta
6	La persona encargada de la tesorería deberá estar disponible para dar respuesta a la persona que lo requiera, de la información generada en esta dependencia		
7	Foliar y archivar los documentos que se generan en tesorería		
8	Cada mes se generan los reportes requeridos por contabilidad y presupuesto, estos son RR, OP, OPP en tesorería y RC en cartera, las cuentas por pagar, el boletín de caja del último día del mes, y el archivo de los gastos bancarios.		

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES – NOTAS CREDITO	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
9	Los cheques de reembolso de caja menor Se pasa a contabilidad para hacer la causación presupuesto la solicitud de disponibilidad y registro, luego a contabilidad se pasa la relación que corresponde a los gastos por cada rubro para que sean contabilizados, luego es pasado por gestión transparente, se elabora el egreso y se hace el cheque, que es firmado por el tesorero y el gerente, luego es enviado con el mensajero para cambiarlo por efectivo y luego se ingresa a la caja menor, para dar continuidad al manejo de la caja menor.	Tesorería, contabilidad, gerencia	Documento de causación, egreso, Cheque,

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yeni Mira Sánchez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Profesional Universitario – Tesorera	Desarrollo Organizacional	Gerente



**GESTIÓN DIRECCIÓN  
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN**

Código: CP-GTH-GAD:02

Versión:01

Fecha actualización:13/03/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Gestionar el Ingreso, la permanencia y el retiro del Talento Humano al servicio de la ESE Hospital Carisma, a través del desarrollo de actividades, planes y programas, tendientes a garantizar servidores públicos competentes para alcanzar los objetivos Institucionales y generar continuidad en los procesos.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Inicia con la identificación de necesidades de personal para el cubrimiento de una vacante a través de la implementación de procesos de selección, su desarrollo y la permanencia en la institución según los procesos establecidos y culmina con el retiro de las personas de acuerdo con las situaciones establecidas en la norma.

**LIDER DEL PROCESO**

Profesional Universitario Gestión Humana

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Técnicos Administrativos (2), Auxiliar Seguridad en el trabajo (1)

**INTERACCIONES**

Quien suministra (Proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
Gerente Subdirectores Coordinador de Enfermería Profesional Universitario de Gestión Humana Normatividad Legal vigente		Necesidades de Talento Humano relacionadas con las diferentes áreas de la ESE. Planta de Cargos Plan estratégico Planes y Proyectos	P	Diseño de metodologías, y herramientas para la planeación de la vinculación del Talento Humano en la ESE: (Manual de Funciones, perfil de cargos Reglamento interno de trabajo, Planes, políticas y programas de Talento Humano.) Procesos de selección	Junta Directiva, Gerente, Profesional Universitario Gestión Humana Asesor Jurídico	Incorporación a la Institución, (Convocatoria, Selección, Vinculación)	Servidores Públicos	
Procedimiento de Inducción Normatividad legal vigente		Todos Los procesos	P	Presentar la plataforma estratégica y los diferentes procesos que constituyen la institución, familiarizando al servidor público con la cultura organizacional	Equipo Directivo de la ESE.	Inducción	Servidores Públicos vinculados y Contratistas	



Gerente Subdirectores Coordinador de Enfermería Profesional Universitario de Gestión Humana Entidades bancarias Fondos de Empleados Normatividad Legal vigente	Actos administrativos, Cuadros de turnos, Novedades de personal, Reportes de seguridad social Libranzas	H	Causación en el programa XENCO de las diferentes novedades presentadas quincenalmente, mensualmente y semestralmente de acuerdo con la programación de la ESE. Con el cumplimiento de la programación establecida en los diferentes cronogramas de los planes y programas.	Subdirector administrativo y financiero Profesional Universitario de Gestión Humana Técnico Administrativo	Gestión de la Compensación (Compensación por: Nómina, Viáticos, Prestaciones sociales, seguridad social, parafiscales, Retenciones, mesada pensional)	Servidores públicos y pensionados
Gerente Subdirectores Coordinador de Enfermería Profesional Universitario de Gestión Humana Asesor de Desarrollo Organizacional	Proyectos institucionales Plan de acción Normatividad Legal Vigente Evaluación de Desempeño	H	Aplicación del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación elaboración del Plan Anual de	Profesional Universitario de Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana	Plan de capacitación elaborado y ejecutado	Servidores públicos y miembros de junta directiva
Todo el personal	Normatividad Legal Vigente Caja de Compensación Familiar Diagnóstico de Necesidades de Bienestar	H	Elaboración del Plan Anual de Bienestar, ejecución del cronograma establecido	Profesional Universitario de Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana	Plan de bienestar elaborado y ejecutado	Servidores públicos
ARL Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo	Normatividad Legal Vigente	H	Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el control de riesgos ocupacionales y la prevención y de accidentes	Gerente Profesional Universitario de Gestión Humana Auxiliar de Seguridad y	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado.	Servidores públicos, contratistas y partes interesadas

			y enfermedades laborales.  Acompañamiento y orientación en el Cumplimiento de la normatividad legal vigente en seguridad y salud en el trabajo.	Salud en el Trabajo		
Gerente	Acto Administrativo Evaluación de Desempeño	H	Retiro del personal por diferentes situaciones administrativas según lo estipulado en la normatividad legal vigente.  Pago de liquidación de prestaciones sociales  Desafiliación de EPS, ARL, Fondo de Pensiones y Caja de Compensación Familiar	Gerente Personal de Gestión Humana Técnico Administrativo – Administración de Personal	Desvinculación	Servidores Públicos
Normatividad Legal Vigente Comisión Nacional del Servicio Civil	Manual de funciones y perfil de cargos	V	Concertar compromisos y aplicar la evaluación de desempeño y acuerdos de gestión de acuerdo a los lineamientos establecidos por la normatividad legal vigente.	Gerente Subdirectores Coordinador de Enfermería Profesional Universitario de Gestión Humana Profesionales con personal a cargo	Evaluación de Desempeño y Acuerdos de Gestión	Personal vinculado inscrito en carreras administrativa, provisionales y personal de libre nombramiento y remoción

<p>Plan de Capacitación</p> <p>Plan de Bienestar</p>	<p>Capacitaciones Realizadas</p> <p>Actividades de Bienestar realizadas</p>	<p>V</p>	<p>Elaboración y aplicación de encuestas de satisfacción, evaluaciones de conocimiento e impacto de la capacitación.</p> <p>Elaboración y aplicación de encuestas de satisfacción de Bienestar</p>	<p>Personal o institución que realiza la capacitación</p> <p>Profesional Universitario</p> <p>Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana</p> <p>Profesionales con Personal a cargo</p>	<p>Encuestas de Satisfacción y Evaluaciones de conocimiento de impacto diligenciadas</p>	<p>Servidores públicos y miembros de junta directiva</p>
<p>Profesional Universitario</p> <p>Gestión Humana</p>	<p>Planes y Programas ejecutados en la vigencia</p>	<p>V</p>	<p>Elaboración y aplicación de indicadores y análisis de resultados para cada plan o programa.</p>	<p>Profesional Universitario de Gestión Humana</p> <p>Técnico Administrativo Proyección Humana</p> <p>Técnico Administrativo Administración de Personal</p>	<p>Análisis de indicadores</p>	<p>Gerente</p> <p>Asesor de Control Interno</p> <p>Asesor de Desarrollo Organizacional</p> <p>Entes de Control</p>
<p>Audidores internos y externos</p>	<p>Indicadores de Gestión</p> <p>Informes de Auditoria</p> <p>Normatividad Legal Vigente</p>	<p>A</p>	<p>Elaboración de plan de mejoramiento e implementación de acciones de mejora para los hallazgos identificados de los diferentes procedimientos</p>	<p>Profesional Universitario de Gestión Humana</p>	<p>Plan de mejoramiento elaborado y ejecutado</p>	<p>Servidores Públicos</p>

RECURSOS		
HUMANOS	TECNOLOGICOS	INFRAESTRUCTURA
Profesional Universitario de Gestión Humana, Técnico Administrativo Administración de Personal, Técnico Administrativo Proyección Humana y Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo	Computador, impresora, video beam, equipo de sonido, micrófono, teléfono,	Aulas de capacitación, auditorio, canchas, parqueadero.
CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO		
¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?
Selección y vinculación del personal con el cumplimiento del perfil cargo y de los requisitos exigidos por la normatividad legal vigente.	Verificación de la hoja de vida del candidato con relación a los requisitos de estudios y experiencia según el perfil del cargo a proveer y a los requisitos definidos en la normatividad aplicable.	Profesional Universitario de Gestión Humana Técnico Administrativo – Administración de Personal
Realización oportuna de la inducción al personal nuevo	Realizar la inducción en un plazo máximo de 30 días contados a partir de la fecha de ingreso del servidor público	Profesional Universitario de Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana
Liquidación de nómina correcta acorde a la normatividad legal vigente y a las novedades presentadas en cada periodo.	Revisión de la nómina de acuerdo a los parámetros definidos en la normatividad aplicable y conforme a las novedades presentadas en el periodo.	Profesional Universitario de Gestión Humana Subdirector Administrativo y Financiero
Parametrización del procedimiento de liquidación de nómina en el programa XENCO.	Notificación de inconsistencias presentadas en el programa durante procedimiento de liquidación de la nómina.  Realización de pruebas para verificar la corrección de los errores	Técnico Administrativo – Administración de Personal Asesor de XENCO

<p>Actualización de la normatividad aplicable al procedimiento de nómina</p>	<p>Revisión permanente de la normatividad y participación en actividades de capacitación</p>	<p>Técnico Administrativo – Administración de Personal</p>
<p>Que el diagnóstico de Necesidades de Capacitación refleje temáticas realmente requieren los servidores para el mejoramiento de sus competencias</p>	<p>Se hace un análisis del diagnóstico en relación con los temas solicitados para verificar y priorizar dichas necesidades</p>	<p>Profesional Universitario de Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana Subdirectores</p>
<p>Ejecución del Plan Anual de Capacitación</p>	<p>Realización de capacitaciones con personal interno, a través de instituciones como Cohan, ARL, SENA, ESAP, DAFP, entes de control y convenios docencia asistencia Revisión a la ejecución del plan de capacitación mediante la revisión mensual del cronograma y presentación de informe a la gerencia en el Comité de Bienestar.</p>	<p>Técnico Administrativo – Proyección Humana</p>
<p>Mejoramiento del desempeño del servidor basado en la capacitación recibida</p>	<p>Aplicación de evaluación de impacto de la capacitación 8 semanas después de realizado el proceso de formación.</p>	<p>Jefe inmediato Servidor que recibió la capacitación</p>
<p>Ejecución del Plan de Bienestar</p>	<p>Presentación de propuestas para las actividades de bienestar en el Comité para aprobación del gerente y ejecución de las actividades.</p>	<p>Gerente Profesional Universitario – Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana Técnico Administrativo – Administración de Personal</p>
<p>Satisfacción del Personal con las actividades del plan</p>	<p>Elaboración del plan de bienestar de acuerdo a las necesidades manifestadas por los servidores en el diagnóstico y aplicación de</p>	<p>Profesional Universitario – Gestión Humana Técnico Administrativo – Proyección Humana</p>

de bienestar	encuestas de satisfacción y	Técnico Administrativo – Administración de Personal
Concertación de compromisos laborales en la evaluación de desempeño y acuerdos de gestión.	Concertación de compromisos laborales acorde a las funciones definidas para cada cargo, que sean medibles y verificables.	Profesionales con personal a cargo Subdirectores Gerente
Aplicación de la evaluación de desempeño de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Evaluación de los servidores siguiendo los lineamientos establecidos por la normatividad legal vigente y la institución, procurando objetividad en la calificación.	Profesionales con personal a cargo Subdirectores Gerente
Correcta desvinculación del personal	Realizar la liquidación de prestaciones sociales de manera correcta y en el tiempo establecido por la ley. Hacer la desafiliación de EPS, ARL, fondo de pensiones y caja de compensación en el periodo correspondiente.	Técnico Administrativo – Administración de Personal
Planes de Mejoramiento	Elaborar y ejecutar los planes de mejoramiento en los plazos definidos por los entes de control o auditores internos.	Profesional Universitario – Gestión Humana
<b>REQUISITOS</b>		
<b>INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>		
Procedimiento de Incorporación Procedimiento de Compensación Procedimiento de Capacitación Procedimiento de Bienestar Procedimiento de Inducción y Reinducción Procedimiento de Desvinculación		
<b>INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO</b>		
% CUMPLIMIENTO PLAN DE CAPACITACION: N° Capacitaciones Realizadas/ N° Capacitaciones Programadas x 100		

**% PERSONAL CAPACITADO**

Nº Funcionarios Capacitados/ Total de Funcionarios x 100

**% CUMPLIMIENTO PLAN DE BIENESTAR**

Nº Actividades Realizadas/Nº Actividades Planeadas x100

**NORMATIVIDAD**

Constitución Política de Colombia de 1991. - Ley 734 de 2002, por la cual se expide el código Disciplinario Único. - Ley 909 de 2004, por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. - Decreto Ley 1567 de 1998, por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado. - Decreto 2740 del 20 de diciembre de 2001, por el cual se adoptan las políticas de desarrollo administrativo y se reglamenta el capítulo cuarto de la Ley 489 de 1998 en lo referente al Sistema de Desarrollo Administrativo. - Decreto 1227 de 2005, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1567 de 1998. - Decreto 4665 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Formación y Capacitación de empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias. - Decreto 2539 de 2005, por el cual se establecen las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de las entidades a las cuales se aplican los Decretos-ley 770 y 785 del 2005. - Decreto 1785 de 2014, por el cual se establecen las funciones y los requisitos generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de los organismos y entidades y se dictan otras disposiciones. - Decreto 894 de 2017, Por medio del cual se dictan normas en materia de empleo público con el fin de facilitar y asegurar la implementación y desarrollo normativo del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. - Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. - Circular Externa No 100-010-2014, del DAFP, donde entregan orientaciones en materia de capacitación y formación de los empleados públicos. - Guía para la Formulación del Plan Institucional de Capacitación - PIC – DAFP marzo de 2012, con base en Proyectos de aprendizaje en equipo. - Actualización del plan Institucional de Capacitación de los Empleados Públicos, DAFP –ESAP. - Guía de Bienestar laboral y Clima organizacional – DAFP. - Sistema de Estímulos - Orientaciones Metodológicas 2012 – DAFP.

**CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)**

Listado maestro

## 1. OBJETIVO

Cubrir las necesidades de personal para la adecuada prestación de los servicios y el desarrollo de los procesos institucionales en forma eficiente y oportuna, garantizando que el personal vinculado cumpla con los requisitos de estudio, experiencia, conocimientos básicos y las competencias para desempeñar un cargo dentro de la planta de personal de la ESE Hospital Carisma.

## 2. ALCANCE

Inicia con la identificación de necesidades de personal para el cubrimiento de una vacante y finaliza con la vinculación de personal que cumple con los requisitos establecidos. Este procedimiento aplica para los servidores de carrera administrativa, nombramiento provisional y de libre nombramiento y remoción.

## 3. RESPONSABLE

Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Subgerente Científico, Jefe de Talento Humano.

## 4. CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

Definición de los perfiles de acuerdo con el Manual de Especifico de Funciones de la ESE Hospital Carisma.

Identificar las necesidades de personal de acuerdo a las vacantes existentes en la planta de cargos, plan estratégico, plan de acción, así como los programas y proyectos establecidos por la entidad.

Verificación del cumplimiento de requisitos teniendo en cuenta la documentación que obra en la historia laboral de cada servidor.

## 5. DEFINICIONES

**Vacantes definitivas:** Las vacantes definitivas en empleos de libre nombramiento y remoción serán provistas mediante nombramiento ordinario o mediante encargo, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del cargo.

Las vacantes definitivas en empleos de carrera se proveerán en periodo de prueba o en ascenso, con las personas que hayan sido seleccionadas mediante el sistema de mérito, de conformidad con lo establecido en la Ley 909 de 2004 o en las disposiciones que regulen los sistemas específicos de carrera, según corresponda.

Mientras se surte el proceso de selección, el empleo de carrera vacante de manera definitiva podrá proveerse transitoriamente a través de las figuras del encargo o del nombramiento provisional, en los términos señalados en la Ley 909 de 2004 y en el Decreto Ley 760 de 2005 o en las disposiciones que regulen los sistemas específicos de carrera.

Las vacantes definitivas en empleo de periodo o de elección se proveerán siguiendo los procedimientos señalados en las leyes o decretos que los regulan.



**Vacantes temporales:** Las vacantes temporales en empleos de libre nombramiento y remoción podrán ser provistas mediante la figura del encargo, el cual deberá recaer en empleados de libre nombramiento y remoción o de carrera administrativa, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del cargo.

Las vacantes temporales en empleos de carrera, podrán ser provistas mediante nombramiento provisional, cuando no fuere posible proveerlas mediante encargo con empleados de carrera.

**Mérito:** Principio según el cual el ingreso a los cargos de carrera administrativa, el ascenso y la permanencia en los mismos estarán determinados por la demostración permanente de las calidades académicas, la experiencia y las competencias requeridas para el desempeño de los empleos

**Empleos de libre nombramiento y remoción:** Los empleos de libre nombramiento y remoción serán provistos en forma definitiva por nombramiento ordinario, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del empleo y el procedimiento establecido en la Ley 909 de 2004 y/o las normas que la modifiquen o sustituyan.

**Carrera Administrativa:** La carrera administrativa es un sistema técnico de administración de personal que tiene por objeto garantizar la eficiencia de la administración pública y ofrecer igualdad de oportunidades para el acceso al servicio público, la capacitación, la estabilidad en los empleos y la posibilidad de ascenso.

**Nombramiento Provisional:** Modalidad de provisión transitoria de empleos de carrera que se hallan vacantes de forma temporal o definitiva y que recaen en personas no seleccionadas por concurso de méritos. Los nombramientos provisionales tienen plazo de seis (6) meses, que pueden ser prorrogados de acuerdo con las necesidades de la entidad, previa solicitud del jefe de la entidad ante la Comisión Nacional del Servicio Civil.

**Encargo:** Tiene como objetivo proveer transitoriamente los empleos vacantes (temporales o definitivos), según las necesidades del servicio, con personal competente en las diferentes dependencias y a su vez, otorgar incentivos en los servidores de carrera administrativa cuya evaluación del desempeño laboral los ubique en el nivel sobresaliente.

**Empleos temporales (correspondientes a Planta Temporal):** Modalidad de empleos de los servidores públicos, que tiene un carácter eminentemente excepcional, que les permite a las entidades Estatales crear o establecer en sus plantas de personal empleos de carácter temporal o transitorio, no tiene la categoría de carrera administrativa ni tampoco de libre nombramiento y remoción, sino que sus características lo hacen especial y diferente a los demás empleos.

**Manual específico de funciones y de competencias laborales:** Es un instrumento de administración de personal a través del cual se establecen las funciones y las competencias laborales de los empleos que conforman la planta de personal de una entidad y los requerimientos exigidos para el desempeño de estos. Se constituye en el soporte técnico que justifica y da sentido a la existencia de los cargos en una entidad u organismo.

**Competencias:** Conjunto de características de la conducta que se exigen como estándares básicos para el desempeño del empleo, atendiendo a la motivación, las aptitudes, las actitudes, las habilidades y los rasgos de personalidad.

**Competencias Laborales:** Capacidad de una persona para desempeñar, en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad y resultados esperados en el sector público, las funciones inherentes a un empleo; capacidad que está determinada por los conocimientos, destrezas, habilidades, valores, actitudes y aptitudes que debe poseer y demostrar el empleado público.

**Confidencial:** Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho.

**Compromiso de Confidencialidad:** Guardar discreción y reserva sobre los documentos, hechos e informaciones a los cuales tenga acceso y conocimiento como consecuencia del ejercicio de sus funciones u obligaciones, cuando el asunto haya sido calificado como confidencial o reservado y de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes.

**Nombramiento:** Acción por la cual mediante acto administrativo se designa a una persona para ocupar un cargo, en calidad de libre nombramiento, provisional, carrera, periodo de prueba y encargo.

**Comunicación y término para aceptar el nombramiento:** El acto administrativo de nombramiento se comunicará al interesado por escrito, a través de medios físicos o electrónicos, indicándole que cuenta con el término de diez (10) días para manifestar su aceptación o rechazo.

**Administradoras de Riesgos Laborales (ARL):** Son compañías de seguros, oficiales ó privadas cuyo objeto es la protección, prevención y atención de los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

**Poseión:** La persona nombrada o encargada, prestará juramento de cumplir y defender la Constitución y las leyes y desempeñar los deberes que le incumben, de lo cual se dejará constancia en un acta firmada por la autoridad que posesiona y el posesionado.

**Acta de Posesión:** Documento oficial firmado por el nominador y el posesionado en el que consta por escrito que el servidor público se ha posesionado en un cargo de la planta de personal de la Entidad y en el que manifiesta bajo juramento no estar incurso en causal alguna de inhabilidad general o especial, de incompatibilidad o prohibición establecidas en la Constitución Política, la Ley y en las demás disposiciones vigentes para el desempeño de empleos públicos.

**Entidad Promotora de Salud (EPS):** Entidad responsable por la afiliación, registro del afiliado y recaudo de las cotizaciones. La función básica es la de organizar y garantizar la prestación del plan de salud obligatorio a cada uno de sus afiliados.

**Fondos de pensiones:** Entidades públicas o privadas encargadas de administrar los recursos destinados a pagar las pensiones de los afiliados.

**Fondo Nacional del Ahorro (FNA):** Entidad que maneja las cesantías de los servidores públicos del Orden Nacional.

**Historia laboral:** Serie de documentos que soportan el cumplimiento de los requisitos para que un servidor público ocupe un cargo dentro de la planta de personal y los soportes de las diferentes situaciones administrativas durante su permanencia en la Entidad.

**Seguridad social:** Es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

**Plazos para la posesión:** Aceptado el nombramiento, la persona designada deberá tomar posesión del empleo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Este término podrá prorrogarse, por escrito, hasta por noventa días (90) hábiles más, si el designado no residiere en el lugar de ubicación del empleo, o por causa justificada a juicio de la autoridad nominadora.

**Afiliación:** Es el documento mediante el cual los servidores públicos, quedan incorporados al sistema general de seguridad social.

**Cajas de Compensación Familiar:** Entidades encargadas de la administración de prestaciones de seguridad social las cuales propenden por el desarrollo y bienestar del trabajador y su familia en áreas como: vivienda, cultura, salud, capacitación, recreación, desarrollo personal etc.

**Manual específico de funciones y de competencias laborales:** Es un instrumento de administración de personal a través del cual se establecen las funciones y las competencias laborales de los empleos que conforman la planta de personal de una entidad y los requerimientos exigidos para el desempeño de estos. Se constituye en el soporte técnico que justifica y da sentido a la existencia de los cargos en una entidad u organismo.

## 6. LINEAMIENTOS GENERALES

Para el caso de cargos de carrera administrativa se deben seguir los lineamientos establecidos por la Comisión Nacional de Servicio Civil a través de la legislación vigente.

Verificar y certificar que el aspirante cumple con los requisitos y competencias exigidos para el desempeño del empleo por la Constitución, la ley, los reglamentos y los manuales de funciones y de competencias laborales.

Verificar directamente los antecedentes fiscales, disciplinarios y judiciales del aspirante, dejando las constancias respectivas.

No se podrán exigir al aspirante constancias, certificaciones o documentos para el cumplimiento de los requisitos que reposen en la respectiva entidad.

## 7. RECURSOS NECESARIOS

### 7.1 Humanos

Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Jefe Talento Humano, Técnico Administrativo Administración de Personal.

### 7.2 Materiales y Equipos

Equipo de cómputo con conexión a internet, software, página web, intranet, elementos de oficina.

## 8. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 8.1 Elementos de entrada Procedimiento de incorporación

Entrada	Características	Proveedor
Solicitud escrita de necesidades de personal, para el cubrimiento de una vacante	Que cuente con la respectiva justificación y esté claramente definido el perfil y competencias requeridos para cubrir la necesidad.	Gerente Subdirector Administrativo y Financiero Subgerente Científico

### 8.2 Descripción

#### 8.2.1 Actividades Esenciales Nombramiento de Libre Nombramiento y Remoción y Provisionalidad

No.	Tareas	Quien ejecuta	Documento o Registro
1	Identificar y justificar las necesidades de personal para el cubrimiento de una vacante.	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector Científico	Solicitud escrita
2	Verificar los perfiles, las funciones y las competencias requeridas por el personal para cubrir el cargo.	Subdirector Administrativo y Financiero, subdirector científico, Profesional Universitario Gestión Humana	Manual de funciones y competencias
3	Presentar a la Gerencia la necesidad de personal con la respectiva justificación e información de perfiles, funciones y competencias requeridas.	Subdirector Administrativo Financiero Subdirector científico	Formato Requerimiento de personal diligenciado
4	Evaluar las necesidades de Personal presentadas, para su respectiva aprobación o rechazo.	Gerente	Concepto de aprobación o rechazo a la solicitud  Formato de requerimiento.
5	Definir la modalidad de vinculación laboral de acuerdo a la clase de vacante. (Carrera Administrativa, Libre nombramiento y Remoción)	Gerente	Acta de reunión
6	Recibir las hojas de vida de los posibles aspirantes a ocupar cargos dentro de la planta de personal del Hospital.	Profesional universitario Gestión Humana	Expedientes laborales del personal vinculado Hojas de vida

7	Revisar que el aspirante cumpla con los requisitos mínimos en su hoja de vida la cuales debe contener las certificaciones académicas y laborales con la información requerida.	Profesional Universitario Gestión Humana	Hojas de Vida  Manual de funciones y competencias
8	Realizar entrevista verbal a los aspirantes por parte del jefe inmediato.	Jefe inmediato	Formato de entrevista
9	Realizar evaluación de competencias laborales al aspirante a vincular. Si supera la prueba de competencias, se inicia con el proceso de vinculación	Profesional Universitario Gestión Humana	Formato de Evaluación
10	Informar al aspirante el resultado del proceso.	Profesional Universitario Gestión Humana	Correo electrónico
11	Solicitar al aspirante los documentos establecidos por la ESE Hospital Carisma de acuerdo con la normatividad vigente y según el listado de requisitos para la vinculación. Así mismo, con el fin de dar cumplimiento a lo descrito en la Ley 311 de 1996, por la cual se crea el registro nacional de protección familiar, el aspirante a desempeñar el cargo, debe diligenciar completamente el documento "Informe de declaración de obligaciones de carácter alimentario", por medio de este la entidad conoce si el Servidor Público, tiene o no obligaciones de carácter alimentario.	Profesional Universitario Gestión Humana	Formato F-GAD-GH- NO:03
12	Verificar que los documentos aportados por el aspirante cumplan con los exigidos en el listado de requisitos para la vinculación. Si los documentos están completos se continúa con el proceso de Vinculación. Si los documentos no están completos se le comunica al aspirante solicitando los documentos pendientes.	Profesional Universitario Gestión Humana	F-GAD-GH-NO:03
13	Proyectar el acto administrativo de nombramiento del aspirante a vincular, de acuerdo con las normas legales vigentes.	Profesional Universitario Gestión Humana	Resolución de nombramiento
14	Revisar el acto administrativo de nombramiento del aspirante a vincular	Asesor Jurídico	Resolución de nombramiento
15	Firmar el acto administrativo de nombramiento del aspirante a vincular	Gerente	Resolución de nombramiento
16	Crear en el aplicativo SIGEP al aspirante	Técnico Administrativo	Aplicativo SIGEP

	nuevo con los datos básicos con el fin de generarle la contraseña.	Administración de Personal	
17	Registrar toda la información referente a la hoja de vida y a la declaración de bienes y rentas, en el aplicativo del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP.	Aspirante a vincular	Declaración de bienes y rentas
18	Revisar en el aplicativo SIGEP que la documentación adjunta por el aspirante coincida con los soportes de estudios y experiencia laboral entregados por el mismo.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Hoja de vida función pública
19	Enviar por correo electrónico la comunicación del nombramiento informando términos para la aceptación y para la posesión y las funciones del cargo de acuerdo al Manual específico de funciones.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Comunicado interno
20	Enviar por correo electrónico al aspirante la orden de examen de aptitud ocupacional con el fin de que este se lo realice.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Orden de examen médico de ingreso
21	Recibir por parte del aspirante a vincular la carta de aceptación del nombramiento.	Profesional Universitario Gestión Humana	
22	Elaborar acta de posesión	Profesional Universitario Gestión Humana	Acta de posesión
23	Posesionar el nuevo funcionario	Gerente	Acta de posesión
24	Tomar juramento y firmar el acta de posesión. La posesión se debe dar dentro de los términos de ley, en caso que la persona no se poseione se revoca la resolución de nombramiento.	Nuevo funcionario	Acta de posesión
25	Realizar las afiliaciones correspondientes a Seguridad Social en salud, pensiones, ARL y Caja de Compensación Familiar, teniendo en cuenta los certificados de afiliación aportados por el nuevo funcionario. Las afiliaciones a ARL deben realizarse un día antes de la posesión del servidor	Técnico Administrativo Administración de personal  Técnico Administrativo Proyección Humana	Afiliación a los diferentes fondos
26	Registrar el funcionario en la base de datos del software de nómina, S.A SXG5-ADVANCED y el Visor (base de datos de la ARL para reporte de	Técnico Administrativo Administración de personal  Tecnólogo en Seguridad y	Software de Nómina - Xenco S.A SXG5- ADVANCED

	ausentismo)	Salud en el Trabajo	Base de Datos de aplicativo ARL Colmena (Visor)
27	Realizar la apertura de historia laboral del funcionario vinculado para su archivo y custodia.	Técnico Administrativo Administración de personal  Técnico Administrativo Proyección Humana	Expediente laboral
28	Realizar verificación de títulos	Técnico Administrativo Administración de personal  Técnico Administrativo Proyección Humana	Carta a universidad solicitando la verificación de títulos

### 8.2.2 Actividades Esenciales Nombramiento en Carrera administrativa

1	<p><b>Carrera Administrativa:</b> La Comisión Nacional del Servicio Civil adelanta el concurso de méritos para conformar lista de elegibles; una vez terminado el concurso y notificada la entidad de la lista de elegibles, la ESE Hospital Carisma procede a contactar la persona que ocupó el primer puesto en la lista, realizando un nombramiento en periodo de prueba; una vez superado el periodo de prueba, previa notificación de la evaluación de desempeño laboral, se procede con el nombramiento definitivo y el diligenciamiento de la solicitud de inscripción del funcionario en carrera administrativa ante la Comisión Nacional del Servicio Civil.</p>	<p>Profesional Universitario Gestión Humana  Gerente</p>	<p>Lista de elegibles de la CNSC, Resolución de nombramiento en periodo de prueba</p> <p>Formato de evaluación en periodo de prueba diligenciado, notificado y en firme.</p> <p>Resolución de nombramiento en el cargo de manera definitiva Solicitud de inscripción en carrera administrativa.</p>
2	Recepcionar las hojas de vida y la documentación de los Servidores Públicos elegibles, las cuales deben llegar a través de: Lista de elegibles de la Comisión Nacional de Servicio de Civil – CNSC.	Profesional Universitario Gestión Humana	Hojas de vida
3	Descargar los documentos del elegido en físico y/o digital, del aplicativo de la OPEC, para análisis de cumplimiento de los requisitos mínimos, de acuerdo al Formato verificación de requisitos para la	Profesional Universitario Gestión Humana	Documentos para vinculación

	vinculación de personal. F-GAD-GH-NO: 03.		
4	Realizar análisis de la documentación aportada por el elegido, contra requisitos mínimos y el Manual específico de funciones y competencias laborales.	Profesional Universitario Gestión Humana	Manual específico de funciones
5	Con el fin de dar cumplimiento a lo descrito en la Ley 311 de 1996, por la cual se crea el registro nacional de protección familiar, el aspirante a desempeñar el cargo, debe diligenciar completamente el documento "Informe de declaración de obligaciones de carácter alimentario", por medio de este la entidad conoce si el Servidor Público, tiene o no obligaciones de carácter alimentario.	Candidato	Declaración de obligaciones alimentarias
6	Se continua con los pasos del numeral 8.2.1 del 12 al 26.	Profesional Universitario Gestión Humana	

## 9. Elementos de salida

Información de salida	Características	Cliente
Necesidades de personal cubiertas.	Oportunidad Acorde con el perfil y competencias definidas.	Procesos institucionales

## 10. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

### 10.1 Documentos Internos

Manual de específico de funciones y competencias  
Reglamento interno de trabajo  
Normograma  
Resolución de nombramiento  
Formato afiliación de EPS, AFP y ARL  
Acta de Posesión  
Caracterización proceso Gestión de Talento Humano  
Comunicado de nombramiento

### 10.2 Documentos Externos



No aplica

### 11. FORMATOS

Formato Requerimiento de personal

Verificación de requisitos para la vinculación de personal. F-GAD-GH-NO: 03.

Formato de entrevista

Formato de competencias laborales

### 12. NORMATIVIDAD

Ley 909 de 23 de septiembre de 2004 (Carrera Administrativa)

Decreto 1072 de 26 de mayo de 2015 de 2015 (Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo)

Decreto 1083 de 26 de mayo de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.)

Decreto 648 de abril 19 de 2017

Ley 734 de 2002 Código disciplinario único

### 13. PUNTOS DE CONTROL

Control	Responsable	Documento o registro
Verificación de requisitos para nombramiento	Profesional Universitario Gestión Humana	Verificación de requisitos para la vinculación de personal. F-GAD-GH-NO: 03
Aprobación y firma del acto administrativo de posesión	Gerente	Acto Administrativo

### 14. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación DD/MM/AA	Descripción de la modificación
0		Procedimiento inicial

Elaborado por: 	Revisado por: 	
Gisela de Pineda Jaramillo Komely Técnico Administrativo Administración de Personal	Sandra Samaris Lara Agudelo Asesor Desarrollo Organizacional	Carlos Mario Rivera Escobar Gerente

**1. OBJETIVO:** Elaborar y liquidar la nómina de los funcionarios de planta y pensionados de la ESE Hospital Carisma, realizar las autoliquidaciones al sistema de seguridad social, aportes parafiscales, así como también la liquidación de prestaciones sociales y liquidación definitiva de exfuncionarios de conformidad con las normas legales vigentes.

**2. ALCANCE:** El procedimiento inicia con el reporte de las novedades y situaciones administrativas del personal para ser procesadas en el sistema de información de nómina, así mismo generar los reportes de aportes al sistema de seguridad social, parafiscales y entes externos. Finalizando con la liquidación y entrega de soportes al área de tesorería para su respectivo pago.

**3. RESPONSABLE:** Gerente, Subdirección Administrativa y Financiera, Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Administración de Personal.

#### **4. CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO**

- Cuadro de turnos y formato de horas extras
- Nomina anterior
- Software Xenco S.A SXG5-ADVANCED
- Autorizaciones de descuento de nómina.
- Libranzas
- Actos administrativos de nombramientos y situaciones Administrativas.

#### **5. DEFINICIONES:**

- **Nómina:** Sistema que permite administrar información del capital humano de la Entidad, así como también manejar todos los conceptos salariales y no salariales que hacen parte del pago a los empleados, deducciones y aportes. Está regido por las normas vigentes.
- **Novedades:** Son los diferentes registros y modificaciones que afectan la nómina y que tendrán un efecto directo en el pago y las deducciones de los funcionarios de la entidad como: Resoluciones de nombramientos, actas de posesión, renunciaciones, insubsistencias, encargos, reubicaciones, comisiones de encargos para desempeñar cargos de libre nombramiento y remoción, licencias no remuneradas, licencia de maternidad y paternidad, licencia por enfermedad, incapacidades, licencia de luto, vacaciones, prima de servicios, prima de navidad, bonificación por servicios prestados, sanciones disciplinarias (destitución, suspensión y multa), formato de liquidación para reconocimiento de horas extras, formato cuadro de turnos para reconocimiento de recargos nocturnos, dominicales, festivos y compensatorios, formato declaración juramentada para efectos de retención en la fuente, libranzas, embargos, afiliaciones, prima de riesgo, entre otras.
- **Entes externos:** Entidades con las cuales el funcionario suscriba libranzas, órdenes judiciales, convenios funerarios etc.
- **Emolumentos:** Remuneración concreta que se asigna a cada servidor dentro del marco del régimen salarial y prestacional de acuerdo con el marco legal.

- **Sueldo:** Es la remuneración asignada por el desempeño de un cargo o servicio prestado.
- **Salario:** Constituye salario todas las sumas que habitual y periódicamente recibe el empleado como retribución por sus servicios. La ESE Hospital Carisma reconoce y paga directamente los siguientes elementos salariales:
  - ✓ La asignación básica mensual fijada para el cargo.
  - ✓ El valor del trabajo suplementario.
  - ✓ El valor del trabajo realizado en jornada nocturna.
  - ✓ El valor del trabajo realizado en días de descanso obligatorio.
  - ✓ Los viáticos por comisión de servicios
  - ✓ Bonificación por servicios prestados
  - ✓ La prima de servicios.
  - ✓ El subsidio de alimentación.
  - ✓ El auxilio de transporte.
- **Recargo nocturno, dominicales y Festivos:** Es la retribución por servicios prestados en recargo en horas nocturnas, domingos y festivo de los funcionarios públicos, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes los cuales serán pagaderos en la primera quincena del mes.
- **Horas Extras:** Tiempo adicional que un trabajador realiza sobre su jornada de trabajo. Las Horas Extras se pagarán la primera quincena del mes.
- **Auxilio de alimentación:** Es el pago en dinero de una suma determinada anualmente por Gobierno Nacional siempre y cuando su asignación básica mensual no supere topes permitidos por el Decreto salarial Nacional general. "Por el cual se fijan las escalas de asignación básica de los empleos que sean desempeñados por empleados públicos de la Rama Ejecutiva, Corporaciones Autónomas Regionales y de Desarrollo Sostenible, Empresas Sociales del Estado, del orden nacional y se dictan otras disposiciones", expedido anualmente por el Gobierno Nacional.
- **Auxilio de Transporte:** Este es un derecho para aquellos trabajadores particulares y servidores públicos que devenguen mensualmente hasta dos salarios mínimos legales mensuales vigentes en los lugares donde se preste el servicio público de transporte.
- **Viáticos:** Por este rubro se le reconoce a los funcionarios, los gastos de alojamiento y alimentación, cuando previa resolución, deban desempeñar funciones en lugar diferente a su sede habitual de trabajo.

Los viáticos son factor salarial para la liquidación de Cesantías, sólo cuando se hayan percibido por un término no inferior a 180 días en el último año de servicio.
- **Aportes de seguridad social:** Son deducciones que se realizan por parte del empleador y el empleado previstas en la ley con destino a cubrir los riesgos del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), establecidos en la Ley 100 de 1993 y que corresponden a:

- a. Régimen Pensional
- b. Régimen Salud
- c. Régimen Riesgos Laborales

- **Aportes parafiscales:** De acuerdo con la Ley, todo empleador de carácter permanente que tenga trabajadores a su servicio, está obligado a pagar aportes parafiscales de la nómina mensual de salarios, los cuales son destinados al SENA, ESAP, EIIT, ICBF y las Cajas de Compensación Familiar.
- **Fondo Nacional del Ahorro:** FNA – Empresa Industrial y Comercial del Estado, de carácter financiero del orden nacional, cuyo propósito está directamente relacionado con los fines del Estado, especialmente sobre los derechos de todos los colombianos a tener una vivienda digna y acceder a la educación superior, encargada del manejo de las cesantías de los funcionarios públicos.
- **Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA** es la ventanilla virtual que permite el pago integrado de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los Subsistemas en los que el cotizante está obligado a aportar, y, es responsabilidad del aportante suministrar la información para la liquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social.
- **Prestaciones Sociales:** Es lo que debe el patrono al trabajador en dinero, especie, servicios y otros beneficios, por ministerio de la ley, o por haberse pactado en convenciones colectivas o en pactos colectivos, o en el contrato de trabajo, o establecidas en el reglamento interno de trabajo, en fallos arbitrales o en cualquier acto unilateral del patrono, para cubrir los riesgos o necesidades del trabajador que se originan durante la relación del trabajo o con motivo de la misma.
- **Vacaciones:** Es el período de descanso que se reconoce anualmente en tiempo libre y en dinero por haberle servido a la administración durante un (1) año y que busca la recuperación física y mental del funcionario para que éste regrese a sus labores en la plenitud de sus capacidades y pueda contribuir eficazmente al incremento de la productividad del correspondiente organismo o entidad.

El valor correspondiente a las vacaciones que se disfruten será pagado, en su cuantía total, por lo menos con cinco (5) días de antelación a la fecha señalada para iniciar el goce del descanso remunerado.

**Tiempo de Disfrute:** Corresponde a quince (15) días hábiles remunerados por cada año de servicio. Las vacaciones son concedidas por el jefe de la entidad o por los funcionarios que éste delegue mediante acto administrativo, de manera oficiosa o a petición del interesado, dentro del año siguiente a la fecha en que se cause el derecho a disfrutarlas.

- **Prima de vacaciones:** Es un reconocimiento que la Ley otorga a los Servidores Públicos con el fin de que dispongan de mayores recursos económicos para lograr el goce pleno de las vacaciones. Es equivalente a quince (15) días de salario por cada año de servicio. Deberá pagarse dentro de los cinco (5) días hábiles anteriores a la fecha señalada para la iniciación del descanso remunerado.

Para liquidar la prima de vacaciones, se tendrán en cuenta los mismos factores salariales establecidos para la liquidación de las vacaciones.

La prima de vacaciones no se perderá en los casos en que se autorizare el pago de vacaciones en dinero.

- **Salario base para la liquidación de vacaciones y prima de vacaciones:** la liquidación de las vacaciones se efectuará con base en el último salario devengado por el funcionario.
- **Factores salariales para la liquidación de vacaciones y prima de vacaciones:** Para efectos de liquidar tanto el descanso remunerado por concepto de vacaciones como la prima de vacaciones, se tendrán en cuenta los siguientes factores de salario: Asignación Básica Mensual, Auxilio de Alimentación y Transporte, Prima de Servicios y Bonificación por Servicios Prestados.
- **Bonificación por recreación:** es una prestación social y un derecho especial otorgado a los empleados públicos, equivalente a dos (2) días de la asignación básica mensual que les corresponda en el momento de iniciar el disfrute del respectivo periodo vacacional. Igualmente, habrá lugar a esta bonificación cuando las vacaciones se compensen en dinero. Esta bonificación no constituirá factor salarial para ningún efecto legal y se pagará por lo menos con cinco (5) días hábiles de antelación a la fecha de inicio en el evento que se disfrute del descanso remunerado.
- **Pago proporcional de vacaciones, prima de vacaciones y bonificación por recreación:** Es el reconocimiento y pago que se hace al funcionario que se retira del servicio sin haber cumplido el año de labor; tendrá derecho a que se le reconozca en dinero y en forma proporcional el tiempo efectivamente laborado.
- **Prima de Navidad:** Consiste en el pago que realiza el empleado al servidor, del equivalente a un mes de salario que corresponda al cargo desempeñado en treinta de noviembre de cada año, la cual será pagadera los primeros quince días del mes de diciembre.

**Factores de salario para liquidar la prima de navidad:** Para la liquidación se tienen en cuenta los siguientes factores de salario: Asignación Básica Mensual; Auxilios de Alimentación y Transporte; Prima de Servicios; Prima de Vacaciones y Bonificación por Servicios Prestados. Los factores salariales se deberán tomar del 1° de diciembre del año anterior hasta el 30 de noviembre del año que se liquida.

**Pago proporcional de la prima de navidad:** El pago se produce cuando el empleado público o trabajador oficial no hubiere servido durante todo el año civil, tendrá derecho al pago proporcional de la prima de navidad en proporción al tiempo laborado, que se liquidará y pagará con base en el último salario devengado, o en el último promedio mensual, si fuere variable.

- **Prima de Servicios:** Es el reconocimiento en dinero de quince días de remuneración, que se pagará en los primeros quince días del mes de julio de cada año.

**Factores de salario para liquidar la prima de Servicios:** La prima de servicios se liquidará sobre los factores de salario que se determinan a continuación: Asignación Básica Mensual, los Auxilios de Alimentación y de Transporte, la bonificación por servicios prestados.

Para liquidar la prima de servicio se tendrá en cuenta la cuantía de los factores señalados precedentes a 30 de junio de cada año.

**Pago proporcional de la Prima de Servicios:** Cuando a treinta (30) de junio de cada año el empleado no haya trabajado el año completo, tendrá derecho al reconocimiento y pago en forma proporcional de la prima de servicios.

- **Bonificación por Servicios Prestados:** Es el reconocimiento y pago en dinero de un porcentaje del cincuenta (50%) ó el treinta y cinco (35%) del valor conjunto de la asignación básica mensual, los incrementos por antigüedad y los gastos de representación que correspondan al empleado cada vez que cumpla un año continuo de labor en la entidad.

El monto del porcentaje de la bonificación, se encuentra consagrado en el Decreto salarial expedido anualmente por el Gobierno Nacional.

La bonificación por servicios prestados se pagará dentro de los quince días siguiente a la fecha en que se haya causado el derecho a percibirla.

**Pago proporcional de la Bonificación por Servicios Prestados:** El pago se produce cuando el empleado público no hubiere servido durante todo el año civil, tendrá derecho al pago proporcional de la bonificación por servicios prestados en proporción al tiempo laborado.

- **Auxilio de cesantías:** Las cesantías es una prestación social que el empleador reconoce y paga a sus trabajadores, para que éstos tengan un medio de subsistencia en el evento de llegar a quedar cesantes. Su objetivo o finalidad es "cubrir o prever las necesidades que se originan para el trabajador con posterioridad al retiro de una empresa, por lo que resulta un ahorro obligado orientado a cubrir el riesgo de desempleo.

Este auxilio monetario equivale a un (1) mes de salario por cada año de servicio continuo o discontinuo y proporcional por fracción de año.

**Salario base de liquidación para las cesantías:** Se tomará como base el último sueldo o jornal devengado, a menos que el sueldo o jornal haya tenido modificaciones en los últimos tres (3) meses, en cuyo caso la liquidación se hará con el promedio de lo devengado en los últimos doce (12) meses o en todo el tiempo de servicio, si éste fuere menor de doce (12) meses. El computo se hará teniendo en cuenta no solo la Asignación Básica, sino todo lo que recibe el empleado a cualquier otro título y que implique directa o indirectamente retribución ordinaria y permanente de servicios, tales como primas, bonificaciones, etc.

**Factores de salario para liquidar el auxilio de cesantías:** Para efectos del reconocimiento y pago del auxilio de cesantía se tendrán en cuenta los siguientes factores de salario: Asignación Básica Mensual, Dominicales y Festivos, Horas Extras, El valor del trabajo suplementario y del realizado en jornada nocturna o en días de descanso obligatorio, Auxilio de Alimentación y Transporte, Prima de Navidad, Bonificación por Servicios Prestados, Prima de Servicios, Prima de Vacaciones.

- **Interese sobre las Cesantías:** Se cancelará al funcionario público el interés legal del 12% anual o proporcional por fracción, con respecto a la suma causada en el año en la fracción que se liquide definitivamente.
- **Calzado y vestido de labor:** Es una prestación social a la cual tendrán derecho los trabajadores vinculados mediante relación legal y reglamentaria o contrato de trabajo, cuya remuneración mensual sea hasta dos (2) veces el salario mínimo mensual y que haya cumplido más de tres (3) meses al servicio del empleador, consistente en el suministro gratuito por parte de la entidad cada cuatro (4) meses, de un (1) par de zapatos y un (1) vestido de trabajo.
- **Situaciones Administrativas:** Son circunstancias en las que se pueden encontrar los empleados públicos frente a la Administración durante su relación laboral. Los empleados vinculados regularmente a la administración pueden encontrarse en las siguientes situaciones administrativas:
  - ✓ En servicio activo
  - ✓ En licencia
  - ✓ En permiso
  - ✓ En comisión
  - ✓ En ejercicio de funciones de otro empleo por encargo
  - ✓ Suspendido o separado en el ejercicio de sus funciones
  - ✓ En periodo de prueba en empleos de carrera
  - ✓ En vacaciones
  - ✓ En descaso compensado

## 6. LINEAMIENTOS GENERALES

- La nómina deberá ser elaborada quincenalmente, aplicando e ingresando todas las novedades del personal tres días antes para su respectiva liquidación.
- Las novedades de personal, se realizarán con base a los reportes que entregue el Subdirector Administrativo y Financiero, el Subdirector Científico, el Profesional Universitario-Gestión Humana, empleados y entidades externas.
- La nómina de Pensionados se liquidará mensualmente en la segunda quincena.
- Las mesadas pensionales adicionales a las que tienen derecho serán liquidadas a 30 de junio y 30 de diciembre de cada año.
- En caso de que se presenten novedades extemporáneas correspondientes a nombramientos, incapacidades, horas extras, recargos nocturnos, festivos o situaciones administrativas, se procederá a realizar los respectivos ajustes en la nómina siguiente.
- El Técnico Administrativo-Administración de Personal, es el responsable de generar y procesar a través del Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED las novedades reportadas por cada

área, así mismo deberá mantener permanentemente actualizado en el sistema de nómina, las remuneraciones a pagar como las deducciones a efectuar.

- Una vez se conozca el Decreto del incremento salarial anual, debe aplicarse el retroactivo de nómina de acuerdo con la ordenanza Departamental y la Junta Directiva.
- No interrumpir o aplazar las vacaciones con el fin de minimizar ajustes, reprocesos en la nómina para evitar inconvenientes con las entidades Prestadoras de Salud o ARL.
- Las prestaciones sociales a que tengan derecho los funcionarios de la ESE Hospital Carisma se liquidaran conforme a la normatividad vigente.
- Las deducciones, liquidaciones y aportes a seguridad social se realizarán de acuerdo con la normativa vigente.
- El funcionario que termine su vinculación laboral con la institución deberá entregar a la oficina de Gestión Humana el paz y salvo debidamente diligenciado con las respectivas firmas y observaciones que lo avalan.
- El funcionario que sea desvinculado, le serán liquidadas las prestaciones sociales conforme a las normas legales vigentes.

## 7. RECURSOS NECESARIOS

### 7.1 Humanos:

Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Profesional Universitario Gestión Humana, Coordinadores de Área, Técnico Administrativo Administración de Personal.

### 7.2 Materiales y equipos

Equipo de cómputo con conexión a internet, software (Xenco S.A SXG5-ADVANCED, SAIA), página web, intranet, material psicotécnico, elementos de oficina, comunicados internos y externos, soportes de novedades, libranzas, actos administrativos, cuadro de turnos.

## 8. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 8.1 Elementos de entrada liquidación de nómina personal de planta y pensionados

Entrada	Características	Proveedor
Novedades, situaciones Administrativas, Libranzas, deducciones por nómina.	Las novedades deben estar soportadas con los documentos que la respalden, deben tener el visto bueno del Jefe Inmediato o coordinador de área.  Las deducciones por libranzas deben estar autorizadas por la Gerencia o a quien delegue.	Profesional Universitario Gestión Humana, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector



Entrada	Características	Proveedor
	Si el empleado cancela una libranza o convenio con un ente externo, este deberá entregar el PAZ Y SALVO para cesar la deducción.	Científico, Coordinador de Enfermería, empleados y entes externos.

### 8.1.1 Descripción

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Recibir los Actos Administrativos y Situaciones Administrativas que soportan las novedades de nómina tales como. <b>Internas:</b> Acta de posesión, vacaciones, encargos, traslados, licencias ordinarias, permisos remunerados, incapacidades, comisiones de servicios, declaración de insubsistencia, aceptación de renuncia, fallo disciplinario, suspensiones, incremento salarial, etc. <b>Externas:</b> Libranzas, ordenes judiciales, convenios funerarios, etc.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Resoluciones de Situaciones Administrativas, nombramientos, incapacidades, licencias, libranzas, autorizaciones deducción por nómina, órdenes judiciales, cuadro de turnos, formato reporte de horas extras, certificado de aportes voluntarios.
2	Revisar y verificar la información, si se encuentra alguna inconsistencia se devuelve para su corrección de inmediato.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Soportes físicos de novedades.
3	Ingresar quincenalmente en el Software Xenco S.A SXG5-ADVANCED, módulo de nómina, las novedades generadas y situaciones administrativas, verificando que la información este completa, que todas las novedades queden aplicadas y registradas para su respectiva liquidación.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
4	Liquidar en la segunda quincena del mes la retención en la fuente y aplicarla a los funcionarios que les de base para el cálculo.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
5	Enviar al área de contabilidad el calculo de la retención en la fuente aplicada a los funcionarios para su respectiva revisión y aprobación, si se encuentra alguna diferencia o error se devuelve al Técnico Administrativo Administración de Personal para su respectiva corrección de manera inmediata.	Técnico Administrativo Administración de Personal, Contador	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED, Formatos de procedimiento 1 y 2 en Excel.

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
6	Generar la nómina de empleados y verificar la liquidación emitida contra las novedades recibidas, en caso de encontrar errores se realizarán los ajustes necesarios de manera inmediata para una liquidación definitiva	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
7	Generar mensualmente la nómina de pensionados y en los meses de julio y diciembre, generar la mesada adicional a la cual tienen derecho.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
8	Imprimir el listado de devengados del personal del Área Administrativa, Área Asistencial y pensionados de la quincena o mesada correspondiente, para solicitar al área de presupuesto la disponibilidad y registro presupuestal.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Recursos Financieros	Listados de nómina generados a través del Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
9	Imprimir la nómina liquidada de personal de planta, nómina de pensionados y listados para pago de la quincena y mesada pensonal correspondiente para ser entregarlos al Profesional Universitario Gestión Humana y el Subdirector Administrativo y Financiero con todos los soportes respectivos, disponibilidad y registro presupuestal para su revisión, aprobación y firma. Si se encuentra algún error se devuelve inmediatamente al Técnico Administrativo Administración de Personal para su corrección.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Gestión Humana  Subdirector Administrativo y Financiero	Listados de nómina generados a través del Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
10	Una vez aprobada la nómina de personal de planta y nómina de pensionados se entregará al área de tesorería para su respectivo pago.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Listados de nómina de personal de planta y nómina de pensionados con los soportes respectivos.
11	Enviar los comprobantes de pago al correo de cada funcionario con el detalle de los devengados y deducidos.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
12	Generar las interfaces de nómina, seguridad social, parafiscales y provisiones para ser conciliadas por el área de contabilidad.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED
13	Generar anualmente el certificado de ingresos y retenciones y entregarlo a los funcionarios en el mes de febrero.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
14	Calcular semestralmente el porcentaje de retención en la fuente de acuerdo a las disposiciones en materia tributaria para ser aplicado a los funcionarios.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Liquidador formato en Excel

### 8.1.2 Elementos de salida

Información de salida	Características	Cliente
Liquidación oportuna de Nómina del personal de planta y de pensionados.  Deducciones aplicadas para entidades externas.	Satisfacción del empleado por remuneración de salarios en las fechas establecidas con base a la normatividad legal vigente.	Funcionarios de la ESE Hospital Carisma.  Entes externos

### 8.2 Elementos de entrada liquidación al Sistema de Seguridad Social Integral de Salud y Parafiscales

Entrada	Características	Proveedor
Novedades registradas en el módulo de nómina durante el mes.	El primer día hábil de cada mes se generará por el módulo Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED el archivo plano para la autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral a través del operador de pago.	Profesional Universitario Gestión Humana, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Coordinador de Enfermería, empleados.

#### 8.2.1 Descripción

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Una vez se genere la nómina de la segunda quincena del mes, realizar la autoliquidación del archivo plano de la planilla integrada y parafiscal (Pila2) para ser subido a la plataforma del operador de pago.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED.
2	Ingresar al operador de pago y adjuntar el archivo plano (pila2) para realizar la autoliquidación de la Planilla integrada y parafiscales.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED.  Operador de pago pila

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
3	Realizar la autoliquidación de la Planilla Integrada Pila de pensionados la cual se genera a través de la plataforma del Operador Aportes en línea.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Operador de pago pila
4	Una vez generada la planilla Integrada pila por parte del operador, se descarga el reporte previo al pago en Excel para verificar la información de acuerdo con las novedades registradas en la nómina, si se encuentra alguna inconsistencia se realizarán las correcciones necesarias de manera inmediata y se procede nuevamente con el paso 1 y 2.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Operador de pago pila Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED.
6	Imprimir la planilla resumen y las planillas de pago por cada administradora de pago.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Operador de pago pila
7	Calcular los porcentajes que corresponde al Sistema General de Participación y el porcentaje que corresponde al Recursos Propio, así mismo distribuir los recursos que corresponde al personal administrativo y al personal asistencial.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Planillas de Autoliquidación de Aportes
8	Solicitar al área de presupuesto disponibilidad y registro presupuestal.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Planillas de Autoliquidación de Aportes
9	Entregar en tesorería las planillas de pago con las autoliquidaciones de aportes a EPS, Administradora de Fondo de Pensiones, ARL y Parafiscales, junto con la disponibilidad y registro presupuestal.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Tesorero	Planillas de Autoliquidación de Aportes

### 8.2.2 Elementos de salida

Información de salida	Características	Cliente
Liquidación oportuna de los aportes a Seguridad Social (salud, pensiones y riesgos profesionales)	Garantizar la cobertura de los funcionarios de planta al sistema de seguridad social integral de salud.	EPS, Administradoras de Fondo de Pensiones y Cesantías, ARL.

### 8.3 Elementos de entrada liquidación de Prestaciones Sociales

Entrada	Características	Proveedor
Normatividad legal vigente, Actos Administrativos, Acuerdos de junta.	Las prestaciones sociales se liquidan en los periodos establecidos por la Normatividad vigente aplicable.  Para la liquidación definitiva de personal, se deberá adjuntar el formato de paz y salvo con las respectivas firmas que lo avalan.	Profesional Universitario Gestión Humana  Subdirector Administrativo y Financiero

#### 8.2.1 Descripción

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Generar y liquidar las prestaciones sociales a las cuales tienen derecho los funcionarios de planta de la ESE Hospital Carisma en los periodos y fechas establecidas por la normatividad legal vigente. (Vacaciones, Prima de Vacaciones, Bonificación por Recreación, Bonificación por servicios Prestados, Prima de Servicios, Prima de navidad, Cesantías e Intereses a las Cesantías)	Técnico Administrativo Administración de Personal	Resoluciones y Actos Administrativos  Normatividad Legal Vigente  Archivo de Excel  Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED.
2	Verificar y revisar la liquidación de las prestaciones sociales generadas, si se encuentra alguna inconsistencia se realiza la corrección de manera inmediata.	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal	Listado de Devengados Archivo de Excel
3	Imprimir la liquidación generada de personal de planta, y listados de consignación con los soportes respectivos, para su revisión, aprobación y firma por parte del Profesional Universitario Gestión Humana y el Subdirector Administrativo y Financiero. Si se encuentra algún error se devuelve inmediatamente para su corrección.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Gestión Humana  Subdirector Administrativo y	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED.

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
		Financiero	
4	Solicitar disponibilidad y registro presupuestal.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Recursos Financieros	Listado de Devengados Archivo de Excel
4	Una vez aprobados y firmados los listados de personal de planta se entregarán al área de tesorería para su respectivo pago.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Tesorero	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED.
5	<b>Pago de Prestaciones Sociales Definitivas por Desvinculación</b>		
5.1	Recibir la notificación de retiro del funcionario que se encuentra en proceso de desvinculación	Gerente  Subdirector Administrativo y Financiero  Profesional Universitario Gestión Humana	Renuncia, resolución de aceptación de renuncia, retiro, declaración de Insubsistencia, fallecimiento.
5.2	Entregar al funcionario que se encuentra en proceso de desvinculación el formato de acta de entrega de cargo y el certificado de Paz y Salvo para la liquidación de prestaciones sociales establecido por la entidad para que este lo diligencie en su totalidad.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Gestión Humana	Formato certificado de Paz y Salvo para la liquidación de prestaciones sociales  Formato acta de entrega de cargo
5.3	Realizar el retiro de la Arl, Caja de Compensación Familiar, Esp, Fondo de Pensiones. El retiro de la EPS y del Fondo de Pensiones, se hacen registrando la novedad de retiro en el módulo de nómina reportando los días laborados por éste.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED  Planilla Integrada Pila
5.4	Inactivar al exfuncionario del sistema informativo Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED para que no se genere un pago posterior al retiro.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Módulo de Nomina, Xenco S.A SXG5-ADVANCED

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
5.5	Liquidar en formato de Excel, las prestaciones sociales a las cuales tiene derecho el exfuncionario una vez haya entregado el formato de paz y salvo totalmente diligenciado y el acta de entrega de cargo de acuerdo a la normatividad vigente.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Formato en Excel de Liquidación definitiva de prestaciones sociales
5.6	Descontar de la liquidación definitiva de prestaciones sociales, los saldos de libranza que tenga el funcionario en retiro, con las entidades financieras, fondos de empleados, cooperativas. En caso de llegar a un arreglo con las entidades, presentar certificado de acuerdo o paz y salvo.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Funcionario en retiro	Libranzas  Certificado de deuda
5.7	Imprimir el archivo para su respectiva revisión y aprobación por parte del Profesional Universitario Gestión Humana y el Subdirector Administrativo y Financiero. Si se encuentra alguna inconsistencia se realizará la corrección inmediata y se procede nuevamente con el paso 5.5.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Gestión Humana  Subdirector Administrativo y Financiero	Formato en Excel de Liquidación definitiva de prestaciones sociales
5.8	Solicitar al área de presupuesto la disponibilidad y registro presupuestal para anexarla al archivo de liquidación de prestaciones sociales.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Recursos Financieros	Formato en Excel de Liquidación definitiva de prestaciones sociales
5.9	Elaborar el acto administrativo de liquidación definitiva de prestaciones sociales	Profesional Universitario Gestión Humana	Resolución
5.10	Recibir la Resolución definitiva de prestaciones sociales, junto con el formato de liquidación definitiva de prestaciones sociales y los certificados de disponibilidad y registro presupuestal para ser entregados al área de contabilidad para su respectiva Causación.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Auxiliar Administrativo del Área de Contabilidad	Formato en Excel de Liquidación definitiva de prestaciones sociales

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
5.11	Una vez causada la liquidación definitiva de prestaciones sociales se entrega al área de tesorería para su respectivo pago.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Tesorería	Formato en Excel de Liquidación definitiva de prestaciones sociales
5.12	Entregar al ex funcionario carta en original dirigida al Fondo de Cesantías al cual se encuentre afiliado para autorizar el retiro de cesantías por desvinculación laboral.	Técnico Administrativo Administración de Personal  Profesional Universitario Gestión Humana	Carta de autorización de entrega de cesantías por desvinculación laboral

### 8.2.2 Elementos de salida

Información de salida	Características	Cliente
Cancelación total de todos los conceptos constitutivos de salarios y prestaciones sociales a los empleados activos y los que terminen su vinculación laboral con la ESE Hospital Carisma	Cancelación por todos los conceptos de salario y prestaciones sociales durante la permanencia en la institución y hasta la fecha de retiro del empleado.	Personal de Planta vinculado  Ex funcionarios

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

### 9.1 Documentos Internos

Acuerdos de Junta Directiva  
Actos Administrativos  
Cuadro de turno  
Acta de entrega de puesto  
Listado de nomina  
Planillas de aportes a la Seguridad Social

### 9.2 Documentos Externos

Autorización de descuento por nómina  
Libranzas  
Órdenes Judiciales

## 10. FORMATOS

Formato de Horas Extras



Formato liquidación definitiva de prestaciones sociales  
Formato liquidación anticipo de cesantías  
Formato Paz y salvo

### 11. NORMATIVIDA APLICABLE

- Decreto 1042 de 1978: Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos de los ministerios, departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y unidades administrativas especiales del orden nacional, se fijan las escalas de remuneración correspondientes a dichos empleos y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1045 de 1978: Por el cual se fijan las reglas generales para la aplicación de las normas sobre prestaciones sociales de los empleados públicos y trabajadores oficiales del sector nacional.
- Decreto 1083 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- Decreto 648 de 2017: Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Decreto Nacional Anual: Por el cual se fijan los límites máximos salariales de los Gobernadores, Alcaldes y empleados públicos de las entidades territoriales y se dictan disposiciones en materia prestacional.
- Decreto 2351 de 2014: Por el cual se regula la prima de servicios para los empleados públicos del nivel territorial.
- Decreto 1110 de 2019, Por el cual se fijan las escalas de asignación básica de los empleos que sean desempeñados por empleados públicos de la Rama Ejecutiva, Corporaciones Autónomas Regionales y de Desarrollo Sostenible, Empresas Sociales del Estado, del orden nacional, y se dictan otras disposiciones. (pago proporcional de la prima se servicios).

### 12. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación DD/MM/AA	Descripción de la modificación
0		Procedimiento inicial

Elaborado por 	Revisado por 	Aprobado por 
Giselle de Hungra Jaramillo Komely Técnico Administrativo Administración de Personal	Sandra Samaris Lara Agudelo Asesor Desarrollo Organizacional	Carlos Mario Rivera Escobar Gerente

**1. OBJETIVO:** Facilitar y fortalecer la integración del Servidor Público a la cultura organizacional, mediante la inducción, la reinducción y el entrenamiento en su puesto de trabajo, de tal forma que contribuya al alcance de la misión, visión, objetivos, valores institucionales y al mejoramiento de sus competencias laborales para mantener un buen desempeño.

**2. ALCANCE:** Inicia desde la notificación de ingreso de un nuevo funcionario a la ESE Hospital Carisma, siguiente de la planeación de las actividades para el proceso de inducción, entrenamiento en el puesto de trabajo y finaliza con el programa de reinducción.

**3. RESPONSABLE:** Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana

#### **4. CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO**

- Disponer la información relacionada con las necesidades de formación derivadas de la aplicación de la evaluación de desempeño del personal.
- Determinar los procesos, las áreas del conocimiento y temas hacia los cuales se dirigirá la inducción.
- Disponer de recursos económicos.
- Definir una agenda para su desarrollo de actividades

#### **5. DEFINICIONES**

**DAFP:** Departamento Administrativo de la Función Pública

**PIC:** Plan Institucional de Capacitación

**PUGH:** Profesional Universitario de Gestión Humana

**Cultura Organizacional:** Conjunto de normas, valores y formas de pensar que caracterizan el comportamiento de las personas y que guían la toma de decisiones y otras actividades de quienes hacen parte de una organización o entidad.

**Entrenamiento del Puesto de Trabajo:** Concepto del DAFP del 21 de febrero de 2006. "Entrenamiento en el puesto de trabajo se refiere a un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite al servidor adquirir y/o desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para lograr un eficiente desempeño traducido en la contribución al desarrollo de las funciones específicas y propias del cargo, y por ende al desarrollo personal y al logro de los objetivos institucionales". El entrenamiento deberá realizarse al momento de la vinculación laboral, por reubicación, traslado o encargo.

**Facilitador:** Funcionario designado por la administración para socializar los temas de la dependencia a la que pertenece.

**Inducción:** Decreto 1567 de 1998, artículo 7. "Es un proceso dirigido a iniciar al empleado en su integración a la cultura organizacional durante los cuatro meses siguientes a su vinculación."

Sus objetivos con respecto al empleador son: Iniciar la integración, así como el fortalecimiento de la formación ética, familiarizarse con el servicio público, con la organización y con las funciones generales del Estado, instruir acerca de la misión de la entidad y de las funciones de su dependencia, al igual que sus responsabilidades individuales, sus deberes y derechos, informar acerca de las normas y las decisiones tendientes a prevenir y a reprimir la corrupción, así como sobre las inhabilidades e incompatibilidades relativas a los servidores públicos, crear identidad y sentido de pertenencia respecto de la entidad.

**Reinducción:** Decreto 1567 de 1998, artículo 7 "Está dirigido a reorientar la integración del empleado a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en cualquiera de los asuntos a los cuales se refieren sus objetivos"

Sus objetivos específicos son los siguientes: Enterar a los funcionarios acerca de reformas en la organización del estado y de sus funciones, informar a los funcionarios sobre la reorientación de la misión institucional, sobre los cambios en las funciones de las dependencias y de su puesto de trabajo, ajustar el proceso de integración al sistema de valores deseado por la Entidad y afianzar la formación ética, fortalecer el sentido de pertenencia e identidad de los funcionarios con respecto a la entidad, a través de procesos de actualización, poner en conocimiento, las normas y las decisiones para la prevención y supresión de la corrupción, así como informar de las modificaciones en materia de inhabilidades e incompatibilidades de los servicios públicos, informar acerca de nuevas disposiciones en materia de administración de recursos humanos.

## 6. LINEAMIENTOS GENERALES

- El programa de inducción y reinducción debe estar contenido en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de cada vigencia.
- Lograr que el candidato que se vincula a la entidad, identifique la organización como un sistema dinámico de interacciones internas y externas en permanente evolución, en las que una buena gestión de su desempeño, incidirá directamente sobre el logro de los objetivos corporativos. El programa de inducción institucional comprende el proceso de aprendizaje integral y de orientación en relación con todos aquellos aspectos que serán relevantes en su nuevo entorno laboral y en relación con la sensibilización e interiorización del funcionamiento interno de la entidad y de su cultura organizacional.
- Reorientar la integración del servidor público a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos por reformas en la organización y funciones del Estado o de la entidad, y la actualización de las normas sobre inhabilidades e incompatibilidades y las que regulan la moral administrativa.
- El programa de inducción incluirá como mínimo las siguientes temáticas: Plataforma Estratégica, Código de Ética y Buen Gobierno, Manual de funciones y competencias, que contiene la descripción de cargos y perfiles de la ESE Hospital Carisma, necesidades de mejora de competencias de los funcionarios, que hayan identificado los líderes de los procesos, influencias y cambios del entorno (normatividad, tecnología, comunicaciones, nuevos métodos).
- Los programas de reinducción se impartirán a todos los empleados por lo menos cada dos años, o en el momento en que se produzcan cambios.
- Es responsabilidad del Profesional Universitario – Gestión Humana, gestionar el desarrollo del programa de inducción y reinducción, con el fin de garantizar la adecuada adaptación a la cultura organizacional a la ESE Hospital Carisma. El entrenamiento específico en el puesto de trabajo estará a cargo del jefe inmediato.

## 7. RECURSOS NECESARIOS

### 7.1 HUMANOS

Profesional Universitario - Gestión Humana, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Técnico Administrativo - Proyección Humana

### 7.2 MATERIALES Y EQUIPOS

- Video beam, papelería, material didáctico, equipo de cómputo.
- Asignación de los perfiles a cada uno de los programas utilizados en la entidad como
- Manuales
- Videos

## 8. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 8.1 Inducción

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Realizar la programación de la Jornada de Inducción de acuerdo con el número de los funcionarios nuevos y/o a los que no asistieron a jornadas anteriores.	Profesional Universitario Gestión Humana Técnico Administrativo Proyección Humana	Programación de jornada de inducción
2	Organizar la logística (Definir fecha, hora, lugar, duración del evento, disponibilidad de portátil y video-bea)	Técnico Administrativo Proyección Humana	Logística
3	Preparación del material informativo (elaboración de diapositivas para la presentación de la temática), teniendo en cuenta el proceso al que ingresa y las generalidades que se le deben comunicar	Líderes de los procesos Facilitadores	Presentaciones
4	Realizar la invitación a través de los medios internos de comunicación el evento de Inducción.	Comunicadora	Invitación
5	Enviar Comunicado interno a los nuevos funcionarios para su participación y a las dependencias para que designen el facilitador responsable de dictar el tema de su competencia.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Comunicado interno
6	Realizar la Jornada de Inducción, aplicar la encuesta a satisfacción, de impacto y verificar el aprendizaje del proceso de inducción, si es necesario retroalimentar al funcionario.	Profesional Universitario Gestión Humana Técnico Administrativo Proyección Humana	Listados de asistencia Encuesta a satisfacción Evaluación de impacto

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
7	Consolidar los resultados de las evaluaciones y generar los informes correspondientes	Profesional Universitario Gestión Humana Técnico Administrativo Proyección Humana	

### 8.2 Entrenamiento en el Puesto De Trabajo

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Brindar toda la información específica del cargo a desempeñar dentro de la entidad, profundizando en todo aspecto relevante del cargo. Es importante recordar, que todo funcionario nuevo en la entidad o en un cargo requiere recibir una instrucción clara, en lo posible sencilla, completa y precisa sobre lo que se espera que haga y las metodologías y procedimientos que debe emplear para el desarrollo de sus funciones.	Profesional Universitario gestión Humana, Jefe de área o funcionario designado.	Formato de entrenamiento en el puesto de trabajo
2	Ingresar la información del entrenamiento a la base de datos, para ingresar el control del mismo y archivar en la historia Laboral de cada funcionario el formato de entrenamiento en el puesto de trabajo	Técnico Administrativo Proyección Humana	

### 8.3 REINDUCCION

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Incluir en el Plan Institucional de Capacitación PIC, el tema de Reinducción con los respectivos temas a desarrollar	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	
2	Diseñar el programa de reinducción y organizar la logística para la realización de la de reinducción, lugar, hora y encargados de realizar la reinducción.	Técnico Administrativo Proyección Humana	
3	Comunicar al proceso de Gestión Humana la necesidad de actualización a los funcionarios por los cambios en los métodos, procedimientos y registros	Lideres de proceso, subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector	Comunicado Interno

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
		Científico.	
4	Realizar la invitación a través de los medios internos de comunicación el evento de reinducción.	Comunicadora	Invitación
5	Enviar Comunicado interno a los funcionarios para su participación y a las dependencias para que designen el facilitador responsable de dictar el tema de su competencia.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Comunicado interno
6	Realizar la Jornada de Inducción, aplicar la encuesta a satisfacción, de impacto y verificar el aprendizaje del proceso de inducción, si es necesario retroalimentar al funcionario.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Listados de asistencia
7	Consolidar los resultados de las evaluaciones y generar los informes correspondientes	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Encuesta a satisfacción Evaluación de impacto

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

### 9.1 Documentos Internos

Reglamento interno de trabajo  
Manual específico de funciones

### 9.2 Documentos Externos


Departamento Administrativo de la Función Pública, Guía para implementar los programas de Inducción y Reinducción.  
Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública

## 10. FORMATOS

Listas de asistencia  
Formatos de evaluación de satisfacción e impacto  
Formato de entrenamiento en el puesto de trabajo  
Comandos internos y correos electrónicos

## 11. NORMATIVIDA APLICABLE

Concepto del DAFP del 21 de febrero de 2006  
Decreto 1567 de 1998, artículo 7. "Es un proceso dirigido a iniciar al empleado en su integración a la cultura organizacional durante los cuatro meses siguientes a su vinculación."

	<b>GESTIÓN HUMANA</b> <b>PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN -REINDUCCIÓN</b>	Código: PT-GAD-GH:25
		Versión: 01
		Fecha de actualización 25/06/2019

## 12. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación DD/MM/AA	Descripción de la modificación
0		Procedimiento inicial

COPIA CONTROLADA

Elaborado por: 	Revisado por: 	Aprobado por: 
Gisela de Hungría Jaramillo Romo Técnico Administrativo Administración de Personal	Sandra Samaris Lara Agudelo Asesor Desarrollo Organizacional	Carlos Mario Rivera Escobar Gerente

1. **OBJETIVO:** Fortalecer las competencias de los funcionarios públicos de la ESE Hospital Carisma, a través de la generación de conocimientos, en cuanto a capacidades de las áreas, habilidades, valores éticos y destrezas, mediante la formación, capacitación y entrenamiento; que permitan contar con un recurso humano calificado y competente, mejorar las condiciones laborales para el cumplimiento de sus funciones y contribuir al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.
2. **ALCANCE:** Este procedimiento inicia con la identificación de las necesidades de capacitación, continua con el diseño del Plan, ejecución y termina con la evaluación del PIC. Aplica para todos los funcionarios de la ESE Hospital Carisma (Carrera Administrativa, nombramiento provisional, y libre nombramiento y remoción)
3. **RESPONSABLE:** Profesional Universitario – Gestión Humana
4. **CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO**
  - Recursos presupuestales disponibles
  - Diagnóstico de necesidades
  - Plan Institucional de Capacitación PIC

## 5. DEFINICIONES

**DAFP:** Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual hace parte de la Rama Ejecutiva del poder Público y Regula las Políticas Públicas de la Gestión Administrativa.


**Diagnóstico de Necesidades:** Documento que se realiza con distintos insumos institucionales (prioridades asociadas al plan nacional de desarrollo, lineamientos de la alta dirección, análisis de resultados de la capacitación y formación del año anterior e identificación de problemas reales y potenciales usando la metodología de proyectos de aprendizaje en equipo propuesta por el DAFP entre otros) y permite establecer las necesidades de capacitación de los servidores de la entidad, es el insumo principal para elaborar el PIC.

**Plan Institucional de Capacitación (PIC):** Es el conjunto coherente de acciones de capacitación y formación, que durante un periodo de tiempo y a partir de unos objetivos específicos, facilita el desarrollo de competencias, el mejoramiento de los procesos institucionales y el fortalecimiento de la capacidad laboral de los empleados a nivel individual y de equipo para conseguir los resultados y metas institucionales establecidos en una entidad pública.

**Capacitación:** Conjunto de actividades organizadas, relativas tanto a la educación no formal como a la informal de acuerdo a lo establecido por la Ley general de educación, dirigidas a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de los servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral.

**Competencia:** Es la capacidad de una persona para desempeñar en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad y resultados esperados en el sector público, las funciones inherentes a un empleo;



	<b>GESTION HUMANA</b>	Código: PT-GAD-GH:26
	<b>PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN</b>	Versión:01
		Fecha de actualización 25/06/2019

capacidad que está determinada por los conocimientos, destrezas, habilidades, valores, actitudes y aptitudes que debe poseer y demostrar el empleado.

**Aprendizaje:** Proceso social en el cual interactúan dos o más personas para la construcción de conocimiento en forma colaborativa, a través de la discusión, reflexión y toma de decisiones, para la generación de conocimiento compartido en un grupo con respecto a un dominio específico.

**Formación:** Conjunto de actividades que tienen por objeto desarrollar y fortalecer una ética del servicio público basada en los principios que rigen la función administrativa

**Evaluación de Impacto:** Se refiere a la aplicación o transferencia del conocimiento al puesto de trabajo utilizando las competencias desarrolladas, tiene como finalidad determinar si los participantes han transferido a su trabajo las habilidades y el conocimiento adquirido en una actividad de capacitación, identificando, además, aquellas variables que pudiesen haber afectado el resultado.

**Instructor Interno:** funcionario con la competencia, conocimiento y calificación requerida para ejecutar una capacitación al interior del hospital.

**Instructor Externo:** Persona, ajena al hospital con la competencia, conocimiento y calificación requerida para ejecutar una capacitación al interior de la Entidad.

#### **Modalidades de capacitación:**

- **Utilización de nuevas tecnologías en la docencia no presencial - Aula Virtual:** La introducción de tecnologías de la información y de la comunicación proporciona mayor velocidad y eficiencia al proceso de comunicación, y permite el acceso a un número más amplio de fuentes de información del que se proporciona a través de los medios tradicionales (Holmberg, 1995), esto es, mediante tecnologías clásicas (vídeo y audio analógico, programas de radio y televisión) y materiales didácticos impresos.
- **Conferencia:** Es un tipo de exposición oral, impartida por especialistas, centrada en la presentación de un tema específico y de interés para el público al cual está destinada, sirve como una herramienta para transmitir conocimiento o para exponer asuntos de interés general por parte de algún especialista
- **Congreso:** Denominación utilizada para diversas conferencias académicas y otro tipo de reuniones con un fin de discusión, difusión o intercambio de conocimientos.
- **Curso:** Corresponde a programas de educación informal o de educación para el trabajo y el desarrollo humano, tiene como objetivo brindar oportunidades para adquirir, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas.
- **Diplomado:** Un proceso de educación no formal, que tiene como propósito la profundización en temas específicos de las áreas de conocimiento o la actualización de la información sobre innovaciones en las mismas. Se estructura en unidades de enseñanza-aprendizaje a través de módulos o cursos organizados, sobre un tema determinado y tiene suficiente duración y formalidad para garantizar la adquisición y suficiencia en conocimientos.

- **Entrenamiento:** Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite al individuo adquirir y/o desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas y mejorar las actitudes hacia el trabajo, a fin de que logre un eficiente desempeño en su puesto de trabajo.
- **Foro:** Es un tipo de reunión donde distintas personas conversan en torno a un tema de interés común. Es esencialmente una técnica de comunicación oral o virtual, realizada en grupos, con base a un contenido de interés general que origine una "discusión".
- **Panel:** Es una discusión informal realizada por un grupo de especialistas o "expertos", para analizar los diferentes aspectos de un tema, aclarar controversias o tratar de resolver problemas de su interés.
- **Simposio:** Puede referirse a una conferencia o reunión de expertos que trata sobre un asunto monográfico.
- **Seminario:** Es una reunión especializada que tiene naturaleza técnica y académica cuyo objetivo es realizar un estudio profundo de determinadas materias con un tratamiento que requiere una interactividad entre los especialistas.
- **Taller:** Metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica. Se caracteriza por la investigación, el descubrimiento científico y el trabajo en equipo que, en su aspecto externo, se distingue por el acopio (en forma sistematizada) de material especializado acorde con el tema tratado teniendo como fin la elaboración de un producto tangible. Un taller es también una sesión de entrenamiento o guía de varios días de duración. Se enfatiza en la solución de problemas, capacitación, y requiere la participación de los asistentes.

## 6.LINEAMIENTOS GENERALES

El Plan Institucional de Capacitación PIC, está dirigido a todo el personal vinculado a la planta de cargos de La E.S.E Hospital Carisma.


El Plan Institucional de Capacitación PIC, debe ser formulado periódicamente siguiendo las etapas de sensibilización, diagnóstico, programación, ejecución y evaluación, con la participación de los servidores de las diferentes dependencias de la entidad.

El Plan Institucional de Capacitación PIC, se elabora de acuerdo con los recursos institucionales disponibles, los resultados obtenidos en el consolidado de necesidades de capacitación y de conformidad con las normas vigentes incluye: competencias laborales, valores institucionales, legislación vigente y las actividades de inducción y reinducción en temas propios de la entidad.

La participación de los funcionarios del nivel Directivo, Asesor, Profesional, Asistencial y Auxiliar a las actividades programadas en desarrollo del Plan Institucional de Capacitación PIC es de carácter obligatorio.

Las actividades incluidas en el Plan Institucional de Capacitación PIC podrán desarrollarse dentro de la jornada laboral establecida o fuera de ésta.

El Profesional Universitario de Gestión Humana y el Profesional Universitario de Control interno Disciplinario deberán evaluar la inasistencia por parte de los funcionarios a alguna de las actividades programadas dentro del Plan Institucional de Capacitación PIC y si existe mérito iniciará el proceso disciplinario respectivo.

	<b>GESTION HUMANA</b>	Código: PT-GAD-GH:26
	<b>PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN</b>	Versión:01
		Fecha de actualización 25/06/2019

En caso de que algún tema no haya sido contemplado dentro del Plan Institucional de Capacitación PIC y su correspondiente cronograma de ejecución revista gran importancia para la Entidad, el área responsable justificará ante el Profesional Universitario de Gestión Humana su aprobación, y de ser aprobada esta Área efectuará el trámite pertinente para su ejecución.

Cumplir con los lineamientos establecidos en este Plan Institucional de Capacitación PIC y los procedimientos que sobre el tema se establezcan.

Compromisos de los Participantes del Plan Institucional de Capacitación PIC. Al ser seleccionado como participante de un programa de formación, el funcionario público debe comprometerse a:

- ✓ Solicitar la inscripción a la capacitación mediante comunicado interno con mínimo quince días de anticipación teniendo en cuenta los tiempos establecidos para los trámites presupuestales.
- ✓ Si la capacitación se dicta dentro de las instalaciones de la ESE Hospital Carisma, deberá acreditar una asistencia mínima de 80% para recibir el certificado respectivo, ser puntuales, evitar el uso del celular, no consumir alimentos ni bebidas en las aulas de capacitación.
- ✓ Asistir en las actividades de capacitación para las cuales haya sido seleccionado y aportar Área de Gestión Humana copia del certificado o constancia de participación para su archivo en el Expediente Laboral.
- ✓ Entregar al Jefe Inmediato, los libros, folletos, CDS y demás, que hayan sido entregados como parte de la capacitación. (esta área se encargará de remitir estos documentos al centro de documentación según su pertinencia).
- ✓ Presentar un documento escrito en el cual indique cada uno de los temas vistos, conclusiones y recomendaciones.
- ✓ Aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas para mejorar la prestación del servicio a cargo de la Entidad.
- ✓ Justificar mediante comunicado interno dirigido al Jefe Inmediato y al Profesional Universitario de Gestión Humana, la inasistencia a la capacitación asignada, sea virtual o presencial, de no existir justificación alguna, se cobrará el valor de la capacitación al funcionario.

Las capacitaciones por fuera del Departamento, se gestionarán siempre y cuando la empresa o institución capacitadora acepte las condiciones establecidas por la ESE Hospital Carisma, forma y liquidación de pago. No se contempla el pago de viáticos (hospedaje, alimentación) y transporte, con cargo a esta partida presupuestaria.

El área de gestión humana establecerá convenios interinstitucionales con la finalidad de optimizar los recursos destinados al plan de capacitación.

La difusión del plan de capacitación se realizará mediante los medios internos de comunicación de la Entidad, así como a través del correo electrónico, pagina web y la intranet institucional

Los programas de formación contemplados en estos módulos serán de tres clases:

- a). Programas organizados directamente por la entidad.

- b). Programas externos ofrecidos por Instituciones aprobadas oficialmente o convenios interinstitucionales, en los cuales la entidad inscribe a sus funcionarios.
- c). Programas de Capacitación emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, ESAP, SENA, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud, Departamento de Antioquia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, ARL Colmena.

## 7.RECURSOS NECESARIOS

### 7.1 Humanos

Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana.

### 7.2 Materiales Y Equipos

Cotizaciones y documentación legal de las entidades, aulas de capacitación, video beam, equipos de cómputo, papelería, material didáctico.

## 8. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 8.1 Elementos de entrada procedimiento de Capacitación

Entrada	Características	Proveedor
Diagnostico de necesidades de capacitación	Brindar los conocimientos requeridos por los funcionarios en las áreas temáticas sobre las cuales existen necesidades institucionales.  Actualizar los funcionarios en temas institucionales y administrativos.	Gerencia, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Científica, Profesional Universitario Gestión Humana.

#### 8.1.1 Descripción

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Solicitar a los Jefes de Área el debido diligenciamiento del formato de necesidades de capacitación, teniendo en cuenta las necesidades del área y las necesidades individuales de su personal a cargo.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Formato de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
2	Recepcionar y consolidar las necesidades de capacitación de acuerdo a la información consignada en el formato diagnóstico de necesidades por áreas.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Formato de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, hoja en Excel.
3	Analizar el consolidado de necesidades de capacitación, teniendo en cuenta las competencias laborales de los funcionarios, las funciones del cargo, la evaluación de desempeño, informe de auditorías internas y externas, recomendaciones resultantes de la medición de clima organizacional.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Consolidado diagnóstico de necesidades de capacitación, informe de evaluación de desempeño, informe de auditorías internas y externas, recomendaciones resultantes de la medición de clima organizacional
4	Elaborar el Plan Institucional de Capacitación PIC, priorizando los temas, teniendo en cuenta los costos, las capacitaciones dirigidas a grupos y las de carácter individual de acuerdo a la normatividad vigente y al presupuesto asignado para los servicios de capacitación.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Plan Institucional de Capacitación PIC
5	Presentar al Comité de Bienestar social, el Plan Institucional de Capacitación PIC para observaciones y sugerencias.	Profesional Universitario Gestión Humana	Plan Institucional de Capacitación PIC
6	Elaborar el Acto Administrativo para la adopción del Plan Institucional de Capacitación PIC.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Consolidado diagnóstico de capacitación Evaluación de desempeño Informe de encuesta de Clima Organizacional Cotizaciones de las entidades que ofertan las capacitaciones.
7	Realizar el cronograma de ejecución del Plan Institucional de Capacitación PIC.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Plan Institucional de Capacitación

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
8	Divulgar el Plan Institucional de Capacitación PIC.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Resolución
9	Realizar seguimiento trimestral a la ejecución de los recursos asignados al Plan Institucional de Capacitación PIC y al cumplimiento del cronograma.	Profesional Universitario – Gestión Humana – Técnico Administrativo – Proyección Humana	Inscripciones, Listados de asistencia, Memorias, Registros fotográficos
10	Realizar semestralmente la medición de impacto a los funcionarios, obtenida en el desarrollo del Plan Institucional de Capacitación PIC.	Profesional Universitario Gestión Humana	Informe Semestral
11	Elaborar anualmente el informe de la ejecución del Plan Institucional de Capacitación PIC y presentarlo al comité de Bienestar Social.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Informe final de Ejecución.
12	<p><b>Desarrollo del Plan Institucional de Capacitación:</b></p> <p><b>Recibir las solicitudes de capacitación</b></p> <p>Presentar mediante comunicado interno dirigido al Jefe Inmediato, la solicitud de capacitación con 15 días hábiles de anticipación a la realización del evento, acompañado de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cotización(es) de evento, folleto o correo electrónico, el cual contenga, nombre de la entidad, Nit, duración, valor incluyendo IVA.</li> </ul>	Funcionarios Públicos de la ESE Hospital Carisma (Quien presente la necesidad).	Comunicado interno, cotizaciones
13	Analizar y aprobar Capacitación o entrenamiento, teniendo en cuenta: El presupuesto de la Entidad, que sea acorde con las funciones asignadas y la necesidad de la dependencia.	Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Profesional Universitario Gestión Humana	Comunicado interno, cotizaciones

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
14	Establecer contacto con las diferentes entidades públicas o privadas a fin de gestionar la participación del funcionario que solicita la capacitación.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Contacto Telefónico y/o correo electrónico
15	Realizar estudio previo para las solicitudes de capacitación aprobada. (cuando el valor supera lo permitido para una orden de servicio)	Funcionario Público de la ESE Hospital Carisma que presente la necesidad.	Estudio Previo
16	Solicitar a la entidad que brinda la capacitación, la documentación legal requerida por el proceso de compras y solicitar al área de presupuesto el registro y disponibilidad presupuestal, de acuerdo a la modalidad de compra (orden de servicio, contrato de prestación de servicio)	Técnico Administrativo Proyección Humana	Documentación legal, listado de requisitos para contratación
17	Entregar al área jurídica los soportes correspondientes para llevar a cabo el proceso de contratación pública de acuerdo con la modalidad y lo establecido en el manual de contratación y la normatividad legal vigente.	Técnico Administrativo Proyección Humana, Asesor Jurídico	Documentación legal, listado de requisitos para contratación
18	Inscribir al funcionario al evento de Capacitación o Entrenamiento (cuando aplique).	Técnico Administrativo Proyección Humana	Inscripción formal con la entidad respectiva
19	Solicitar la comisión respectiva ante el área de Gestion Humana en caso de requerirse de que la actividad académica no sea en su lugar habitual de trabajo.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Comunicado interno
20	Participar en el evento de Capacitación o Entrenamiento y cumplir con los compromisos establecidos en el evento académico.	Todos los funcionarios de la ESE Hospital Carisma	Constancia de asistencia, certificado.

## 8.2 Elementos de salida

Información de salida	Características	Ciente
Evolución de impacto de la Capacitación o Entrenamiento.	Eficacia en ejecución del Plan Institucional de Capacitación.	Funcionarios vinculados de la ESE Hospital Carisma

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

### 9.1 Documentos Internos

Comunicado interno

### 9.2 Documentos Externos

Colizaciones  
Documentación legal

## 10. FORMATOS

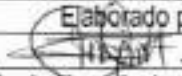
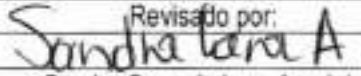
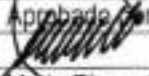
Formato listado de asistencia  
Formato diagnostico de necesidades de capacitación  
Formatos de evaluación de satisfacción e impacto

## 11. NORMATIVIDA APLICABLE

- ✓ Ley 489 de 1998 Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública
- ✓ Ley 909 de 2004 Carrera Administrativa
- ✓ Decreto – Ley 1567 de 1998 Sistema Nacional de Capacitación
- ✓ Decreto 682 de 2001 y Resolución 415 de 2003 de DAFF
- ✓ Decreto 25 53 de 2005 de DAFF - Competencias de los Servidores Públicos y demás disposiciones que las modifiquen, adiciones o sustituyan.
- ✓ Decreto 1083 del 26 de mayo de 2015

## 12. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación DD/MM/AA	Descripción de la modificación
0		Procedimiento inicial

Elaborado por: 	Revisado por: 	Aprobado por: 
Gisela de Hungria Jaramillo Komely Técnico Administrativo Administración de Personal	Sandra Samaris Lara Agudelo Asesor Desarrollo Organizacional	Carlos Mario Rivera Escobar Gerente



**1. OBJETIVO:** Propiciar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios y sus familias, promoviendo el aumento de los niveles de satisfacción, y su sentido de pertenencia con la ESE Hospital Carisma. Así mismo reconocer el desempeño laboral de quienes sean seleccionados como los mejores empleados y mejores equipos de trabajo que logren niveles de excelencia, recompensando y mejorando el desempeño institucional la eficacia y efectividad.

**2. ALCANCE:** Este procedimiento inicia con la identificación de las necesidades de los funcionarios, seguido de la elaboración del plan de actividades y su desarrollo y ejecución y finaliza con evaluación del programa.

**3. RESPONSABLES:** Gerente, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Científica, Comité de Bienestar Social, Profesional Universitario Gestión Humana.

#### **4. CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO**

- Diagnostico de necesidades de Bienestar Social

#### **5. DEFINICIONES**

**Bienestar social:** Es un proceso de construcción permanente y participativo, que busca crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo del servidor público, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia, y que a su vez incremente los niveles de satisfacción, eficiencia e identificación con su trabajo y con el logro de la finalidad social.

**Comité de Bienestar Social:** Responsable de impulsar y hacer seguimiento a los programas y proyectos de Bienestar Social, los cuales pretenden, satisfacción, desarrollo y bienestar de los empleados, así como el mejoramiento del nivel de vida, y de contribuir al desarrollo efectivo de los resultados institucionales.

**Diagnóstico de Necesidades de Bienestar Social:** Estudio realizado con el propósito de obtener información objetiva de parte de los servidores públicos con relación a sus necesidades y expectativas frente a las actividades de carácter colectivo con máxima cobertura, que consideren deben programarse para ser desarrolladas en el marco del Plan Anual de Bienestar Social, de acuerdo con el presupuesto asignado por la entidad para el servicio de bienestar social.

**Planes de Incentivo:** Los planes de incentivos para los empleados se orientarán a reconocer los desempeños individuales del mejor empleado de la entidad y de cada uno de los niveles jerárquicos que la conforman, así como de los equipos de trabajo que alcancen niveles de excelencia

**Calidad de Vida Laboral:** Atiende la necesidades humanas y organizacionales en el ámbito de trabajo; se deben desarrollar programas que favorezcan la existencia de condiciones laborales relevantes, de manera que permitan al funcionario, la satisfacción de sus necesidades para el desarrollo personal, profesional y organizacional, y por ende, la satisfacción de las necesidades básicas de los servidores públicos, la motivación y el rendimiento laboral; logrando de esta manera, generar un impacto positivo al interior de las entidades, tanto en términos de productividad como en términos de relaciones interpersonales.

Teniendo en cuenta lo anterior, para atender el área de calidad de vida laboral, se debe actuar en los siguientes tres campos:

a) Medición de Clima Laboral, el cual debe hacerse por lo menos cada dos años; el clima laboral se refiere a la forma como los servidores públicos perciben su relación con el ambiente de trabajo como determinante de su comportamiento al interior de la entidad. A partir de los resultados de la medición, se deben definir, ejecutar y evaluar estrategias de intervención a través del Programa de Bienestar Social.

b) Programa de Pre-pensionados, tiene como propósito crear espacios de concientización y preparación a la etapa de retiro laboral, brindando orientación para afrontar la nueva realidad a la que se ve enfrentado el funcionario por el cumplimiento de requisitos legales para acceder a pensión por vejez.

c) Identificación de la Cultura Organizacional. Entendida la Cultura Organizacional como la unión de normas, hábitos y valores que, de una forma u otra, son compartidos por las personas que hacen parte de una institución.

**Aspecto artístico y cultural:** comprende el desarrollo de actividades lúdicas, artísticas, culturales.

**Aspecto deporte:** preparación y acondicionamiento físico, caminatas ecológicas, días de bienestar en familia, día del niño entre otros.

**Recreación:** Actividades dirigidas a los funcionarios y sus familias para generar espacios que permitan salir de la rutina generando momentos de distracción y convivencia laboral.

**Caja de Compensación Familiar:** persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones en la forma prevista en el Código Civil, que cumple funciones de seguridad social y se hallan sometidas al control y vigilancia del Estado en la forma establecida por la ley. Instituciones creadas para mejorar la calidad de vida de las familias de los trabajadores colombianos, mediante la gestión y entrega, en subsidios y servicios, de parte de los aportes de seguridad social que hacen los empleadores, que cuenta con diferentes programas culturales, educativos, recreativos y deportivos que ofrecen dentro de su portafolio de servicios, orientado a satisfacer las necesidades básicas del núcleo familiar.

**Servicio Social:** Programa de Bienestar Social mediante la cual se atienden las necesidades de protección, identidad y aprendizaje del empleado y su familia, para mejorar sus niveles de salud, vivienda, recreación, cultura y educación, que deben ser atendidos en forma solidaria y participativa por los organismos especializados de seguridad y previsión social o por personas naturales o jurídicas, así como por los empleados, con el apoyo y la coordinación de cada entidad. Contribuye al mejoramiento del nivel de vida de funcionarios y familia.

## 6. LINEAMIENTOS GENERALES

- El programa de bienestar social, estímulos e incentivos, se debe proyectar a partir de las iniciativas de los servidores siguiendo el proceso de gestión que promueva la participación de los empleados en la identificación de necesidades, planeación, ejecución y evaluación.
- Las encuestas de identificación de necesidades de bienestar e incentivos, debe ser aplicada a un 80 % de los funcionarios y se debe establecer una fecha límite de entrega.

- Se debe tener en cuenta dentro de las actividades del comité y el sistema de seguridad y salud en el trabajo, la evaluación de clima laboral.
- Dentro del presupuesto se incluyen los recursos económicos definidos por ley y los asignados por la empresa para el desarrollo de los planes de Bienestar social, estímulos e incentivos.
- El Programa de bienestar social deberá dar respuesta a los diagnósticos de necesidades previamente realizados por los funcionarios de la ESE Hospital Carisma.
- Todos los servidores de carrera administrativa son objeto de incentivos como reconocimiento al desempeño individual sobresaliente por la calificación de servicios recibida durante el año inmediatamente anterior.
- Todos los servidores de libre nombramiento y remoción de los niveles Directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial con calificaciones en nivel sobresaliente.
- Los servidores de los niveles Directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial que pertenezcan a equipos cuyo trabajo haya sido considerado como excelente.
- Otros servidores que la Entidad considere, por sus aportes al crecimiento de la institución.

## 7. RECURSOS NECESARIOS

### 7.1 Humanos

Gerente - Profesional Universitario - Gestión Humana, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, miembros del Comité de bienestar social.

### 7.2 Materiales y equipos

Equipo de cómputo con conexión a internet, software (Xenco S.A SXG5-ADVANCED, SAIA), intranet, elementos de oficina, comunicados internos y externos.

## 8. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 8.1 Procedimiento Bienestar

No.	Tareas	Quien ejecuta	Documento o Registro
1	Realizar el diagnóstico de necesidades de bienestar social a través del diligenciamiento del formato establecido para tal fin. Realizar el plan de estímulos e incentivos para cada vigencia.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Comunicado interno Formato de Diagnóstico de Necesidades de bienestar social
2	Identificar las necesidades de bienestar social de acuerdo a la consolidación del diagnóstico aplicado a los funcionarios.	Todos los funcionarios de planta de la ESE Profesional	Diagnóstico de necesidades de bienestar social consolidado

No.	Tareas	Quien ejecuta	Documento o Registro
3	Analizar el consolidado de necesidades de bienestar social teniendo en cuenta los aspectos deportivos, cultural, recreativo, social y calidad de vida.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Diagnóstico de necesidades
4	Construir el plan de bienestar priorizando las actividades para los funcionarios y su grupo familiar, teniendo en cuenta aquellas que ofrezcan mayor cobertura, como también el presupuesto asignado para cada vigencia correspondiente para aprobación del Comité de Bienestar Social.	Profesional Universitario Gestión Humana, Técnico Administrativo Proyección Humana	Consolidado diagnóstico de bienestar social Informe de encuesta de Clima Organizacional Cotizaciones
5	Presentar ante el comité de bienestar social el plan de actividades programadas para su aprobación. Presentar ante el gerente el plan de estímulos e incentivos.	Profesional Universitario Gestión Humana	Plan de actividades de bienestar social
6	Una vez aprobado el plan de actividades se proyecta la resolución para la adopción del Plan de bienestar social y de estímulos e incentivos. Firmar la resolución de adopción.	Profesional Universitario Gestión Humana  Gerente	Resolución
7	Desarrollar las actividades programadas en el cronograma del plan de Bienestar social, plan de estímulos e incentivos, elaborar los estudios previos requeridos para la ejecución, realizar la contratación de las actividades de bienestar social e incentivos de acuerdo con en el manual de contratación, procedimiento de adquisición de bienes y servicios.	Profesional Universitario Gestión Humana Comité de Bienestar Social	Cronograma del plan de bienestar social
8	Realizar seguimiento a la ejecución de cada una de las actividades descritas en el cronograma del Plan de Bienestar Social, plan de estímulos e incentivos al igual que la ejecución de los recursos asignados.	Comité de bienestar social	Informe de seguimiento
9	Realizar encuesta de satisfacción de las actividades ejecutadas	Comité de bienestar social	Encuesta a satisfacción
10	Elaborar informe final de la ejecución del programa de bienestar social, el de estímulos e incentivos y presentarlo a la gerencia.	Comité de bienestar social	Informe anual.

## 8.2 Procedimiento estímulos e incentivos

No.	Tareas	Quien ejecuta	Documento o Registro
1	Solicitar al área de Nómina la información de tiempo de servicio de los servidores públicos con fecha de corte a la vigencia que se va a reconocer y consolidarla.	Técnico Administrativo Proyección Humana	Listado Excel
2	Determinar el número de personas que se va a reconocer y establecer el presupuesto para esta actividad. Este reconocimiento es por antigüedad.	Profesional Universitario Gestión Humana	Listado de personas con derecho al reconocimiento.
3	Recibir la información de los Servidores Públicos de Carrera y de Libre Nombramiento y Remoción de los niveles directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial con calificaciones en nivel sobresaliente., por parte de la gerencia y las subdirecciones administrativa y científica.	Profesional Universitario Gestión Humana	Consolidado
4	Recibir la información de los servidores de los niveles directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial que pertenezcan a equipos cuyo trabajo haya sido considerado como excelente y de los otros servidores que la entidad considere, por sus aportes al crecimiento de la institución.	Profesional Universitario Gestión Humana	Consolidado
5	Definir el tipo de incentivo a entregar de acuerdo con el presupuesto establecido.	Profesional Universitario Gestión Humana Gerente Comité de bienestar social	Acta de reunión
6	Programar y realizar reunión para la entrega de reconocimiento a la antigüedad laboral, el reconocimiento al Mejor Servidor Público de Carrera y de Libre Nombramiento y Remoción por nivel jerárquico, de los servidores de los niveles directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial que pertenezcan a equipos cuyo trabajo haya sido considerado como excelente y de los servidores que la entidad considere, por sus aportes al crecimiento de la institución.	Profesional Universitario Gestión Humana Gerente Comité de bienestar social Gerente	Acta de reunión

### 9. PUNTO DE CONTROL

Adopción del Plan de Bienestar Social  
Adopción del Plan de estímulos e Incentivos  
Actas de reunión comité de bienestar social, e incentivos  
Cronograma de actividades de bienestar  
Listados de asistencia  
Listados de inscripciones del personal  
Encuestas de satisfacción e impacto

### 10. NORMATIVIDAD APLICABLE

Decreto 1227 del 21 de abril del 2005 "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998"  
Ley 909 del 23 de septiembre del 2004  
Decreto 2078 del 08 de octubre de 2012  
Decreto 1567 del 5 de agosto de 1998 "Por el cual se crean (sic) el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del estado"  
Decreto 1083 de mayo de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".

### 12. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación DD/MM/AA	Descripción de la modificación
0		Procedimiento inicial

Elaborado por: 	Revisado por: 	Aprobado por: 
Gisela de Hoz Jaramillo Komely Técnico Administrativo Administración de Personal	Sandra Samans Lara Agudelo Asesor Desarrollo Organizacional	Carlos Mario Rivera Escobar Gerente

**1. OBJETIVO:** Dar un manejo adecuado de la desvinculación o el retiro del servicio de los funcionarios de la ESE Hospital Carisma que se encuentren en cualquier situación administrativa que implique la separación definitiva del cargo sin que se afecte la ejecución de los procesos y la prestación del servicio a nivel Institucional, de conformidad con la normatividad vigente y condiciones legales para ello establecidas.

**2. ALCANCE:** Este procedimiento inicia conforme a las causales de la Ley 909 de 2004 y a las normas complementarias, Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública y finaliza con la liquidación y autorización de pago de prestaciones sociales a las que tenga derecho.

**3. RESPONSABLE:** Gerente

#### 4. CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

- Renuncia voluntaria
- Acto administrativo según las causales de retiro
- Normatividad vigente
- Software Xenco S.A SXG5-ADVANCED
- Acto Administrativo y notificación
- Formato Acta de entrega de cargo
- Formato de Paz y salvo
- Libranzas

#### 5. DEFINICIONES:

- **Desvinculación laboral:** Es el proceso mediante el cual se concluye la relación laboral entre el MHCP y el servidor público.
- **Acto Administrativo:** Toda declaración unilateral de voluntad realizada en el ejercicio de la función administrativa, que produce efectos jurídicos individuales de forma inmediata.
- **Acta De Entrega Puesto De Trabajo:** Documento con el cual un Servidor Público deja constancia de la entrega formal del puesto de trabajo al superior inmediato, o a quien éste designe, en caso de retiro definitivo o temporal del servicio.
- **Carrera Administrativa:** Es un sistema técnico de administración de personal, regulado por la ley, que tiene por objeto garantizar la eficiencia de la administración pública y ofrecer igualdad de oportunidades para el acceso al servicio público, la capacitación, la estabilidad en los empleos y la posibilidad de ascenso.
- **Causales De Retiro:** Son las condiciones establecidas por la ley para el retiro del servicio de quienes estén desempeñando empleos de libre nombramiento y remoción y de carrera administrativa.

- ✓ **Declaratoria de Insubsistencia del nombramiento en los empleos de libre nombramiento y remoción:** La declaratoria de insubsistencia es la figura jurídica mediante la cual se retira a un empleado del cargo para el cual fue nombrado sin existir acto expreso de ello; para el caso de aquellos empleados que se encuentran vinculados bajo el régimen de libre nombramiento y remoción, dicha declaratoria encuentra sustento en el poder discrecional del agente nominador.
- ✓ **Declaratoria de insubsistencia del nombramiento, como consecuencia del resultado no satisfactorio en la evaluación del desempeño laboral de un empleado de Carrera Administrativa:** De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 909 de 2004, en firme una calificación de servicios no satisfactoria como resultado del desempeño laboral, de carácter anual o extraordinaria el nombramiento del empleado de carrera así calificado, deberá ser declarado insubsistente, mediante resolución motivada del Jefe de la entidad.
- ✓ **Renuncia regularmente aceptada:** Es un acto unilateral, libre y espontáneo mediante el cual el Servidor Público manifiesta por escrito, su voluntad de separarse definitivamente del servicio, para que la Administración aceptando esa solicitud lo desvincule.
- ✓ **Renuncia por haber obtenido la pensión por jubilación o vejez:** Se produce cuando el Servidor Público renuncia, una vez se le haya ordenado el reconocimiento y pago de la pensión mediante resolución en firme. "El empleado que reúna los requisitos determinados para gozar de pensión de retiro por jubilación, por edad o por invalidez, cesará en el ejercicio de funciones en las condiciones y términos establecidos en la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o reglamenten".
- ✓ **Invalidez absoluta:** Condición que inhabilita por completo al Servidor Público, para el desempeño de funciones en el servicio público. "Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, adicionen y sustituyan, en los casos de retiro por invalidez, la pensión se debe desde que cese el subsidio monetario por incapacidad para trabajar y su pago se comenzará a hacer según el procedimiento señalado en la citada ley".
- ✓ **Edad de retiro forzoso:** Procederá cuando el servidor excede la edad de retiro, establecido en la Ley para los funcionarios públicos. A partir de la entrada en vigencia de la Ley 1821 de 2016, la edad de setenta (70) años constituye impedimento para desempeñar cargos públicos, salvo las excepciones señaladas en el artículo 2.2,11.1.5.
- ✓ **Destitución, como consecuencia de proceso disciplinario:** Es la separación unilateral del servidor público por parte de la Administración, como consecuencia de una sanción disciplinaria. El retiro del servicio por destitución solo es procedente como sanción disciplinaria y con la plena observancia del procedimiento señalado en las normas disciplinarias vigentes.
- ✓ **Declaratoria de vacancia del empleo en el caso de abandono del mismo:** Acto administrativo mediante el cual se declara la vacancia del cargo cuando un Servidor Público incurre en alguna de las siguientes situaciones: no reasume sus funciones al vencimiento de una licencia, permiso, vacaciones, comisión o dentro de los treinta (30) días siguientes a la prestación del servicio militar; deje de concurrir al trabajo por tres (3) días consecutivos sin justa causa caso en el cual, la administración previa comprobación de la circunstancia, procede a declarar esta situación, no



concurra al trabajo antes de serle concedida autorización para separarse del servicio o en caso de renuncia antes de vencerse el plazo de que trata el presente decreto, se abstenga de prestar el servicio antes de que asuma el cargo quien ha de remplazarlo.

- ✓ **Revocatoria del nombramiento por no acreditar los requisitos para el desempeño del empleo:** Acto que se produce cuando la administración verifique que se produjo un nombramiento o posesión en un cargo o empleo público sin el lleno de los requisitos exigidos, deberá contar con el previo consentimiento expreso del empleado para la revocatoria del acto. El procedimiento se adelantará en el marco del debido proceso y el respeto al principio de buena fe que rige las actuaciones administrativas, y deberá ceñirse al procedimiento previsto en la Ley 1437 de 2011 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
- ✓ **Orden o decisión judicial:** Evento en el cual se ordena el retiro del servicio público, de un Servidor Público por la autoridad judicial competente como consecuencia de un proceso.
- ✓ **Supresión del empleo:** Es un instrumento de administración de personal, mediante el cual la autoridad competente, ante la necesidad de reestructurar la entidad, o trasladar las funciones a otros organismos, o modificar la planta de personal, procede a eliminar de la misma uno o varios cargos, lo que conlleva la separación de la persona que lo estuviere desempeñando y consecuentemente la desvinculación laboral con la entidad.
- ✓ El retiro del servicio de los empleados de carrera se produce por cualquiera de las causales determinadas en la Ley 909 de 2004 y conlleva el retiro de la carrera y la pérdida de los derechos inherentes a la misma, salvo los casos señalados en el artículo 42 de la citada ley, eventos en los cuales deberá efectuarse la anotación respectiva en el Registro Público de Carrera.
- ✓ **Muerte:** Fallecimiento del servidor público.

## 6. LINEAMIENTOS GENERALES

Las causales de retiro del servicio público se producirán en los siguientes casos: por declaratoria de insubsistencia del nombramiento en los empleos de libre nombramiento y remoción; por declaratoria de insubsistencia del nombramiento, como consecuencia del resultado no satisfactorio en la evaluación del desempeño laboral de un empleado de carrera administrativa; por renuncia regularmente aceptada; retiro por haber obtenido la pensión de jubilación o vejez; por invalidez absoluta; por edad de retiro forzoso; por destitución, como consecuencia de proceso disciplinario; por declaratoria de vacancia del empleo en el caso de abandono del mismo; por revocatoria del nombramiento por no acreditar los requisitos para el desempeño del empleo, de conformidad con el artículo 5o. de la Ley 190 de 1995, y las normas que lo adicionen o modifiquen; por orden o decisión judicial; por supresión del empleo; por muerte; por las demás que determinen la Constitución Política y las leyes.

El Formato Acta de entrega del cargo y el Informe de Gestión para cargos Directivos, se deberá entregar a quien lo sustituya en el cargo, si no existe designación inmediata del reemplazo, la entrega se hará a quien el superior jerárquico haya determinado para el efecto.

## 7. RECURSOS NECESARIOS

### 7.1 Humanos:

Gerente, Subdirector Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Profesional Universitario Gestión Humana, Coordinadores de Área, Técnico Administrativo Administración de Personal.

### 7.2 Materiales y equipos

Equipo de cómputo con conexión a internet, software (Xenco S.A SXG5-ADVANCED, SAIA), elementos de oficina, comunicados internos y externos, soportes de novedades, libranzas, actos administrativos, cuadro de turnos.

## 8. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

### 8.1 Elementos de entrada desvinculación de personal

Entrada	Características	Proveedor
Carta de renuncia, acto administrativo de aceptación de renuncia y/o acto administrativo especificando la causal de retiro de acuerdo a la Ley 909 de 2004 y a las normas complementarias, Decreto 648 de 2017 por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.	Entregar oportunamente los documentos y trámites administrativos que el funcionario en retiro debe presentar.	Gerencia, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Científica, Profesional Universitario Gestión Humana.
Notificación del acto administrativo.	Informar al funcionario en retiro la papelería y artículos u objetos que se debe entregar.	
Resolución de reconocimiento de pensión.	Que la notificación no afecte los derechos laborales ni la prestación de los servicios de salud, que sea oportuna y esté debidamente firmada.	
	El formato de paz y salvo debe estar diligenciado en su totalidad con las observaciones, firmas respectivas de cada área y adicional llevar el visto bueno del jefe inmediato.	
	El formato de acta de entrega debe estar diligenciado en su totalidad, especificando cada uno de los requisitos solicitados por la ESE, firmados en los tres campos de quien entrega, quien recibe y testigo.	
	Que repose una copia en el archivo de historia laboral del funcionario en retiro y otra quede en	

Entrada	Características	Proveedor
	<p>manos del funcionario.</p> <p>El área de Gestión Humana desarrollará el programa de desvinculación laboral asistida para los casos de desvinculación por obtención de pensión de vejez o cumplimiento de la edad de retiro forzoso.</p>	

### 8.1.1 Descripción

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
1	Acompañar al servidor público en las fases del procedimiento de desvinculación cualquiera que sea su modalidad.	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal  Técnico Administrativo Proyección Humana	Respuesta a requerimientos del servidor a desvincularse en cuanto a trámite de renuncia
2	Recibir la carta de renuncia del funcionario, radicada con el visto bueno de Gerencia y aprobación del jefe inmediato.  Recibir comunicado interno de Gerencia, radicado en el centro documental, sustentando la causal de retiro de acuerdo a la normatividad aplicable.  Recibir la resolución de pensión ya sea por vejes o enfermedad	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal  Fondos de Pensiones	Solicitud de renuncia y/o comunicado interno sustentando la causal de retiro.
3	Proyectar el acto administrativo conforme a la causa de desvinculación respectiva.	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal	Acto Administrativo conforme a la causa de desvinculación
4	Revisar el acto administrativo conforme a la causa de desvinculación respectiva y remitirlo para la firma del Gerente.	Asesor Jurídico	Acto Administrativo conforme a la causa de desvinculación

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
5	Notificar el acto administrativo mediante el cual se le informa al funcionario la desvinculación, causal de retiro de entidad y entregarle copia.	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal	Notificación Personal
6	Entregar al funcionario en retiro certificado de paz y salvo para ser diligenciado y formato acta de entrega de cargo.	Profesional Universitario Gestión Humana	Formatos certificados de paz y salvo, acta de entrega de cargo.
7	Preparar la entrega del cargo, relacionando en el acta de entrega de cargo la información general, informe de gestión si pertenece al nivel directivo, informe detallado de actividades y recursos utilizados y realizar la entrega al jefe inmediato o a la persona que se asigne para tal fin.	Funcionario en retiro	Acta de entrega de cargo con todos los soportes respectivos solicitados por el jefe inmediato
8	Diligenciar en su totalidad la paz y salvo el cual debe contener las firmas de los responsables de las áreas de almacén, centro documental, contabilidad, tesorería, gestión humana, sistemas y jefe inmediato.	Funcionario en retiro	Certificado de paz y salvo
9	Verificar que el funcionario en retiro cumpla con todos los requisitos de cada área para aprobar y firmar el certificado de paz y salvo	Responsables de las áreas de almacén, centro documental, contabilidad, tesorería, gestión humana, sistemas, jefe inmediato	Certificado de paz y salvo Listas de chequeo Inventario de bienes Inventario documental
10	Entregar al área de Gestión Humana los siguientes anexos debidamente diligenciados y firmados: 1) Formato de declaración de bienes y rentas, con tipo de declaración (retiro). 2) Acta de entrega de cargo 3) Certificado de Paz y salvo  El último día hábil laboral debe entregar el camé.	Funcionario en retiro	Formato de declaración de bienes y rentas, con tipo de declaración (retiro), Acta de entrega de cargo, Certificado de Paz y salvo.
11	Entregar al área de Gestión Humana debidamente diligenciada y con las	Subdirector Administrativo y	Formatos de evaluación de desempeño laboral y los

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
	firmas respectivas, la evaluación de desempeño del personal a cargo y los formatos anexos a que haya lugar para los funcionarios que se encuentren en Carrera Administrativa	Financiero, Subdirector Científico, Profesional Universitario Gestión Humana	formatos anexos a que haya lugar para los funcionarios que se encuentren en Carrera Administrativa
12	Informar al funcionario que se desvincula la realización del examen médico ocupacional de retiro, el lugar y la hora.  Si el funcionario renuncia de realizarse el examen médico ocupacional de retiro, deberá firmar el formato desistimiento evaluación médica ocupacional de egreso.	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal	Notificación correo electrónico, Autorización de realización de examen médico de retiro.  Formato desistimiento evaluación médica ocupacional de egreso
13	Realizar el retiro de la Arl, Caja de Compensación Familiar, Esp, Fondo de Pensiones.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Plataforma virtual de ARL, Planilla integrada pila
14	Liquidar las prestaciones sociales, a las cuales se tenga derecho la persona en retiro, de acuerdo a la normatividad vigente.	Técnico Administrativo Administración de Personal.	Certificado de paz y salvo
15	Proyectar el acto administrativo de liquidación definitiva de prestaciones sociales que le corresponden al servidor público desvinculado por el tiempo laborado.	Profesional Universitario Gestión Humana  Técnico Administrativo Administración de Personal	Acto administrativo de liquidación definitiva de prestaciones sociales
16	Revisar el acto administrativo de liquidación definitiva de prestaciones sociales que le corresponden al servidor público desvinculado por el tiempo laborado y remitirlo para la firma del Gerente.	Asesor Jurídico	Acto administrativo de liquidación definitiva de prestaciones sociales
17	Notificar al servidor público desvinculado el acto administrativo, por medio de la cual se liquidan las prestaciones sociales.	Profesional Universitario Gestión Humana	Notificación personal
18	Si la persona que se notifica no interpone recurso de reposición, deberá diligenciar el formato de renuncia a términos para proceder al respectivo pago	Funcionario desvinculado	Formato de renuncia a términos
19	Relacionar la documentación pertinente con la desvinculación en el formato de	Técnico Administrativo Administración de	Historia laboral

No.	Tareas	Responsable	Documento o Registro
	historia laboral e incorporarla al expediente del funcionario, con la resolución de prestaciones sociales y su correspondiente notificación.	Personal	
20	Entregar en el centro documental las historias laborales debidamente foliadas y organizadas.	Técnico Administrativo Administración de Personal	Historia laboral

## 8.2 Elementos de salida

Información de salida	Características	Cliente
Acto administrativo y notificación por medio del cual se reconoce, liquida y pagan las prestaciones sociales.	<p>El procedimiento de retiro se debe realizar teniendo en cuenta el respeto por la dignidad humana</p> <p>El pago de prestaciones sociales se debe hacer oportunamente de acuerdo con la normatividad vigente</p> <p>Los registros generados en este procedimiento son parte de la historia laboral y su manejo y conservación está dada según lo establecido en la tabla de retención documental</p>	Funcionario en retiro

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

### 9.1 Documentos Internos

Acuerdos de Junta Directiva  
Actos Administrativos  
Cuadro de turno  
Listado de nomina  
Planillas de aportes a la Seguridad Social

### 9.2 Documentos Externos

Autorización de descuento por nómina  
Libranzas  
Órdenes Judiciales

### 10. FORMATOS

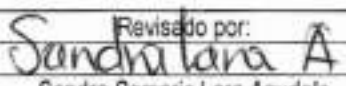
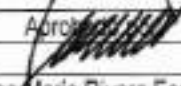
Formato de Horas Extras  
Formato liquidación definitiva de prestaciones sociales  
Formato liquidación anticipo de cesantías  
Formato Paz y salvo  
Formato Acta de entrega de puesto

### 11. NORMATIVIDA APLICABLE

- Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 648 de 2017 Art. 2.2.5.2.1, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.
- Ley 909 de 2004, Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, la gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1437 de 2011, por el cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo contencioso administrativo.
- Ley 734 de 2002. Por la cual se expide el Código Único Disciplinario.
- Decreto 1083 de 2015. "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector Función Pública y sus modificaciones".
- Decreto 1821 de 2016, Por medio del cual se modifica la edad máxima para el retiro forzoso de las personas que desempeñan funciones públicas.
- Ley 797 de 2003, Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones.
- Acuerdos y circulares de la Comisión Nacional del Servicio Civil relacionadas con el tema.

### 12. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación DD/MM/AA	Descripción de la modificación
0		Procedimiento inicial

Elaborado por: 	Revisado por: 	Aprobado por: 
Gisela de Hungria Jaramillo Komely Técnico Administrativo Administración de Personal	Sandra Samaris Lara Agudelo Asesor Desarrollo Organizacional	Carlos Mario Rivera Escobar Gerente

## OBJETIVO

Promover las condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo a los funcionarios, contratistas, usuarios y visitantes del hospital, a través de la identificación de los peligros, la valoración de los riesgos en seguridad industrial y salud ocupacional, la identificación de situaciones potenciales y reales de emergencia, la actuación eficiente ante un incidente o accidente de trabajo, el trámite en caso de diagnóstico de una enfermedad de origen laboral, aplicando las medidas preventivas o correctivas en cada caso para minimizar el impacto sobre las personas e instalaciones.

## ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los Servidores públicos, contratistas, visitantes y partes interesadas que estén en contacto con la ESE HOSPITAL CARISMA.

## DEFINICIONES

**Accidente de Laboral:** Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente laboral aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente laboral el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considerará como accidente laboral el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

### Accidente y Causas, Incidente, Investigación:

**Accidente grave:** Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones



oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva.

**Causas básicas:** Causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas; razones por las cuales ocurren los actos y condiciones sub estándares o inseguros; factores que una vez identificados permiten un control administrativo significativo. Las causas básicas ayudan a explicar por qué se cometen actos sub estándares o inseguros y por qué existen condiciones sub estándares o inseguras.

**Causas inmediatas:** Circunstancias que se presentan justamente antes del evento (incidente o accidente de trabajo); por lo general son observables o se hacen sentir. Se clasifican en actos sub estándares o actos inseguros (comportamientos que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente) y condiciones sub estándares o condiciones inseguras (circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente).

**Incidente laboral :** Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.

**Investigación de accidente o incidente:** Proceso sistemático de determinación y ordenación de causas, hechos o situaciones que generaron o favorecieron la ocurrencia del accidente o incidente, que se realiza con el objeto de prevenir su repetición, mediante el control de los riesgos que lo produjeron.

**Condiciones de salud:** El conjunto de variables objetivas y de autorreporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la población trabajadora.

#### **Emergencia, Brigada y Plan de Emergencias:**

**Brigada de Emergencias:** Grupo de personas debidamente organizadas y capacitadas para prevenir o controlar una emergencia.

**Emergencia:** Es aquella situación de peligro o desastre o la inminencia del mismo, que afecta el funcionamiento normal de la empresa. Requiere de una reacción inmediata y coordinada de los trabajadores, brigadas de emergencias y primeros auxilios y en algunos casos de otros grupos de apoyo dependiendo de su magnitud.

**Plan de Emergencia:** Instrumento principal que define las políticas, los sistemas de organización y los procedimientos generales aplicables para enfrentar de manera oportuna, eficiente y eficaz las situaciones de calamidad, desastre o emergencia, en sus distintas fases, con el fin de mitigar o reducir los efectos negativos o lesivos de las situaciones que se presenten en la Organización.

**Desastre:** Es el resultado que se desencadena tras la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o

ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción.

#### **Seguridad y Salud en el Trabajo:**

Seguridad y salud en el trabajo (SST). La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

**Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST):** El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría 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.

**Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo:** Es el punto de partida para la elaboración y desarrollo del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se constituye en el diagnóstico de las condiciones laborales de la empresa, estableciendo los puntos críticos de riesgos donde existe un potencial para la ocurrencia de los accidentes de trabajo y/o la generación de enfermedades profesionales.

**Peligro:** Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.

**Riesgo:** Combinación de la probabilidad de que ocurra un(os) evento(s) o exposición(es) peligroso(s), y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el (los) evento(s) o exposición(es).

**Evaluación del riesgo:** Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concreción.

**Evento Catastrófico:** Acontecimiento imprevisto y no deseado que altera significativamente el funcionamiento normal de la empresa, implica daños masivos al personal que labora en instalaciones, parálisis total de las actividades de la empresa o una parte de ella y que afecta a la cadena productiva, o genera destrucción parcial o total de una instalación.

**Identificación del peligro:** Proceso para establecer si existe un peligro y definir las características de este.

**Mejora continua:** Proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la organización.

**Valoración del riesgo:** Consiste en emitir un juicio sobre la tolerancia o no del riesgo estimado.

**DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Ver Matriz de Requisitos Legales, F-GAD-GH-SST: 05

**DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO**

**IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Mantener actualizada la matriz de factores de riesgo	Mantener actualizada la Matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, con la asesoría de la ARL y bajo el cumplimiento del formato F-GAD-GH-SST:05 Matriz de Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, esto de manera anual o antes del tiempo estimado, por los siguientes motivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Cambio en los procesos.</li> <li>☐ Remodelación áreas o sedes de trabajo.</li> <li>☐ Accidente de trabajo mortal o un evento catastrófico.</li> </ul>	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia.
Realizar inspección a las áreas de trabajo	Desarrollar visita de observación y/o entrevista con el fin de determinar y evidenciar los peligros y riesgos relacionados con cada actividad laboral, en el área objeto inspección, por lo cual se cumple con lo establecido en el Instructivo de Inspecciones de Seguridad de puesto de trabajo F-GAD-GH-SST:08 y de acuerdo con la metodología definida para la elaboración de la Matriz de Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles y descritos en el Plan SST.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia
Identificar peligros y evaluar riesgos en el área o puestos de trabajo	Registrar, valorar y priorizar la información en la Matriz de intervención y corrección MT-GAD-GH-SST: de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles de cada sede, por medio de la metodología legal vigente.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia

Formular recomendaciones	Incluir en la Matriz de Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, de las diferentes sedes del hospital Carisma, las recomendaciones a implementar y/o las acciones a realizar, así como los recursos, indicadores y responsables de las mismas, con el fin de minimizar y/o eliminar los riesgos encontrados. Nota 1: Según las el tipo de recomendaciones y/o acciones a implementar, se ejecutan los controles a partir de las fichas técnicas de elementos de protección o recomendaciones médicas.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia
Realizar seguimiento	Realizar seguimiento escrito a las recomendaciones a implementar y por medio de los controles establecidos.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia

La identificación de peligros e identificación de riesgos, se desarrolla con una frecuencia anual y/o cuando se requiera su actualización.

#### MANEJO DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Detectar y reportar la situación de emergencia	Dar aviso a los brigadistas de la sede, una vez ha sido detectada una situación de emergencia.	Dependencia donde se presente la emergencia / cualquier persona
Realizar diagnóstico de la situación de emergencia	Verificar y evaluar la situación reportada con los brigadistas, grupos de apoyo de la sede o externos, de acuerdo con el protocolo establecido en el Plan de Emergencias del Hospital Carisma.	Grupo de Talento Humano / Líder de Brigada
Tomar decisiones	Decidir sobre medidas inmediatas para el manejo de la emergencia, como pueden ser: <input type="checkbox"/> Suspensión de labores <input type="checkbox"/> Activación de alarma <input type="checkbox"/> Solicitud de apoyo a grupos externos <input type="checkbox"/> Salvamento de bienes <input type="checkbox"/> Orden de evacuación  De acuerdo con los procedimientos establecidos en el	Coordinador de Talento Humano / Líder de Brigada

	Plan de emergencias del Hospital Carisma	
Responder ante la emergencia	Activar los procedimientos de respuesta a emergencias determinados en el Plan de emergencias del Hospital Carisma y coordinar su ejecución hasta el control de la situación, una vez el líder de brigada lo acuerden.	Coordinador de Talento Humano / Líder de Brigada-Brigadistas
Evaluar la situación controlada.	Una vez controlada la situación, se recibe la evaluación de impacto por parte de los grupos de apoyo de la sede o externos, por medio del inventario visual de pérdidas o daños, con el fin de determinar la reanudación de labores. Emitir un informe de la evaluación del evento sucedido.	Coordinador Operativo de emergencias / Grupos de Apoyo / Líder de brigada – brigadistas
Implementar acciones de mejora	De acuerdo con el informe emitido en la evaluación final, se deben implementar acciones de mejora en el matriz plan de acción de accidentes de trabajo MT-GAD-GH-SST: en los procedimientos que se vieron afectados en la emergencia y hacer los requerimientos respectivos al área responsable de tomar la medida, al igual que los ajustes necesarios al Plan de Emergencias.	Dirección General –Grupo de Talento Humano-Seguridad y Salud en el trabajo / líder de Brigada
Realizar seguimiento acciones de mejora	Realizar seguimiento escrito a las recomendaciones a implementar y las acciones a realizar.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia

### 5.3 METODOLOGIA UTILIZADA EN CASO DE PRESENTARSE UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE

EN CASO DE ACTIVIDAD	INCIDENTE	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Reportar el evento		Informar del evento ocurrido al Grupo de Talento Humano y Seguridad y Salud en el Trabajo o al facilitador, por medio del formato reporte de condiciones y actos inseguros F-GAD-GH-SST:04, ya sea por correo electrónico o en físico, igualmente dar aviso al Jefe inmediato, al facilitador de SST o al	Servidores públicos de todas las dependencias

	Brigadista.	
Actualizar base de datos	Actualizar la base de datos que contiene la información de incidentes presentados en el año en curso del Instituto, con los datos del evento ocurrido.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia
Investigar el incidente	Realizar la investigación de las causas que originaron el incidente, a través de entrevistas individuales al servidor que lo reportó, a los testigos o al Jefe inmediato, teniendo en cuenta el reporte allegado a Talento Humano, en el Formato informe de investigación de incidentes y accidentes laborales F-GAD-GH-SST: 21	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia
Definir las medidas a adoptar	Realizar las recomendaciones de las medidas preventivas o correctivas más adecuadas a implementar, para evitar que se repita el incidente de trabajo, o se potencialice en un accidente las cuales quedarán plasmadas en el Formato informe de investigación de incidentes y accidentes laborales F-GAD-GH-SST:21.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia
Gestionar las acciones de mejora	Gestionar las acciones a las que haya lugar a fin de evitar que los incidentes se repitan o se potencialice en un accidente.	Grupo de Talento Humano / Responsable de seguridad y salud en el trabajo, con Licencia

El tiempo utilizado en el proceso de un incidente, comienza desde que se presenta el reporte del evento hasta la gestión de las acciones de mejora, aproximadamente un (1) mes.

**EN CASO DE ACCIDENTE:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Prestar atención primaria	Solicitar la atención de primeros auxilios al brigadista más cercano, una vez se ha presentado el accidente o gestionar el traslado de la persona accidentada a una IPS de acuerdo con la gravedad de la lesión.	Todas las dependencias
Reportar a la ARL	Informar de inmediato sobre del evento ocurrido a la ARL (línea nacional 018000-9-19667 – Medellín 444 1246), al Grupo de Talento Humano Seguridad y Salud en el Trabajo y al Jefe inmediato, siempre y cuando solicite orientación para la atención de urgencias a través de la red asistencial.	Todas las dependencias
Trasladar a la Entidad de salud	Trasladar al accidentado a la IPS autorizada por la ARL en el momento del reporte, presentando la cédula de ciudadanía.	Todas las dependencias
Entregar reporte al Grupo de Talento Humano	Remitir al Grupo de Talento Humano–Seguridad y Salud en el trabajo copia del reporte de accidente realizado a la ARL, ya sea por correo electrónico o en físico.	Todas las dependencias
Actualizar base de datos	Actualizar la base de datos de accidentes de trabajo y de ausentismo en caso de incapacidad del accidentado.	Grupo de Talento Humano- Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo
Investigar las causas del accidente	En caso de accidente leve, se deben investigar dentro de los quince días siguientes a su ocurrencia, las causas que lo originaron, por medio de entrevistas individuales al accidentado, testigos o jefe inmediato o supervisor; registrar en el Formato informe de investigación de incidentes y accidentes laborales F-GAD-GH-SST:21, en forma veraz y objetiva, toda la información que conduzca a la identificación de la causa raíz del accidente laboral. En caso de accidente mortal o grave, se debe conformar un equipo para la investigación, integrado como mínimo por el jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado, un representante del Comité	Grupo de Talento Humano – Profesional Seguridad y Salud en el trabajo Representante COPASST / ARL

	Paritario de SST y el encargado del desarrollo del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Adicionalmente, en la investigación debe participar un profesional con licencia en Salud Ocupacional, propio o contratado, así como el personal de la ARL quienes realizarán en conjunto el análisis de las medidas correctivas que se deberán tomar, para este caso se deberá diligenciar el formato de la ARL.	
Realizar informe de investigación a la ARL	Cuando se trate de un accidente laboral grave o mortal, se debe remitir a la ARL el informe de investigación, firmado por el Director General o su delegado; dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento.	Grupo de Talento Humano/ Profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo
Comunicar recomendaciones	Gestionar las acciones correctivas a las que haya lugar a fin de evitar que el accidente se repita.	Grupo de Talento Humano- Profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo

El tiempo utilizado en el proceso de un accidente, comienza desde que se presenta la atención primaria hasta la emisión de las recomendaciones, aproximadamente un (1) mes.

#### TIEMPO MÁXIMO DEL PROCEDIMIENTO

Cada una de las actividades que encierra el procedimiento de Seguridad y Salud en el Trabajo, relaciona el tiempo máximo de cumplimiento.

#### PUNTO DE CONTROL

CONTROL	RESPONSABLE	FRECUENCIA	EVIDENCIA
Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.	Profesional SST	Anual	Matriz publicada
Formato reporte de incidentes	Todas las dependencias de la institución	Cada vez que ocurra el evento	Formato diligenciado
Reporte de accidente	Todas las dependencias	Cada vez que ocurra el	Formato diligenciado



laboral	de la institución	evento	
Formato de investigación de incidente y accidente de trabajo	Profesional SST	Cada vez que ocurra el evento	Formato diligenciado
Base de datos de accidentalidad	SST	Mensual	Base de datos actualizada
Remitir recomendaciones generadas a quien corresponda	Profesional SST	Mensual	Correo Electrónico
Matriz de acciones de mejora	Profesional SST	Cada vez que se tenga la necesidad	Registro fotográfico

## DOCUMENTOS

Matriz de Identificación de peligros **F-GAD-GH-SST: 05**

Formato Inspecciones de Seguridad de puesto de trabajo **F-GAD-GH-SST: 07**

Formato reporte de condiciones y actos inseguros **F-GAD-GH-SST: 04**

Formato para investigación de accidentes de trabajo **F-GAD-GH-SST: 21**

## MANEJO DE DOCUMENTACIÓN DEL SG-SST

En el área de desarrollo organizacional se maneja la documentación mediante un listado maestro institucional formato **MA-GIC-FO: 01**

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Firma	<i>Maria Salgado</i>	<i>Sandra Lara A.</i>	<i>[Firma]</i>
Nombre	Maria Salgado	Sandra Samaris Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	SST	Asesor Desarrollo Organizacional	Gerente



**GESTIÓN DIRECCIÓN  
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN**

Código: GD-C-CAR:05

Versión:01

Fecha actualización:13/03/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Gestionar que el almacén tenga el inventario necesario para el suministro de la dotación en el tiempo Preciso al personal interno, según las necesidades de cada área. Y realizar el mantenimiento institucional

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital

**ALCANCE**

Aplica a la dotación de bienes de consumo y mantenimiento de oficinas y consultorios a cualquier área de la Organización.

**LIDER DEL PROCESO**

Subdirección Administrativo y financiero Técnico Administrativo Almacén

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Todos los procesos y Comunidad Hospitalaria

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
Todos los procesos		Solicitudes de pedido del Cliente interno. -Requisición de bienes y servicios Inventario inicial de infraestructura, muebles y enseres, equipos, recursos tecnológicos. -plan de mantenimiento preventivo y correctivo	P	Elaboración, ejecución, evaluación, seguimiento y control en compras, desarrollo tecnológico. Analizar el comportamiento del consumo interno en cuanto a los elementos de almacén a su cargo para entregas de pedidos mensual.	-Técnico Almacén -Recursos de apoyo	Solicitudes de Pedido. Órdenes de compra, inventario de infraestructura	Compras Técnico Almacén Mantenimiento realizado	

<p>Coordinador de compras</p>	<p>Remisión de los proveedores Solicitudes de pedido</p>	<p>H</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar solicitudes de compras para suministros para el aprovisionamiento del almacén.</li> <li>▪ Recibir solicitudes de pedidos.</li> <li>▪ Ingresar al almacén los artículos adquiridos para entregas de pedidos, alimentando la información en el sistema.</li> <li>▪ Realizar entregas mensuales de suministros.</li> <li>▪ Realizar las salidas de los materiales o suministros entregados, alimentando la Información en el sistema</li> </ul>	<p>Técnico Almacén – Subdirección Administrativa y financiera</p>	<p>Reporte de ingreso de los artículos que alimentan el Almacén.</p> <p>Orden de entrega (salida de almacén) de los artículos solicitados por Los usuarios.</p>	<p>Técnico Almacén</p>
<p>Compras</p>	<p>Productos</p>	<p>V</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar la cantidad de artículos entregados por dependencia.</li> <li>▪ Verificar que las entregas de artículos se realicen en el menor Tiempo posible a</li> </ul>	<p>Técnico Almacén – Subdirección Administrativa y financiera</p>	<p>Recibos de mercancía. Orden de entrega (egresos) de los Artículos solicitados por usuarios firmada por los</p>	<p>Técnico Almacén</p>

			los clientes internos. Reuniones periódicas de seguimiento a la gestión		funcionarios que Las reciben.	
Técnico Almacén.	Información de Empresas y Cliente Interno.	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analizar el resultado de las evaluaciones y reevaluaciones de proveedores que suministran artículos para entregas de dotación a través de la aplicación de los formatos establecidos.</li> <li>▪ Tomar decisiones con base en los resultados obtenidos.</li> <li>▪ Informar a los proveedores del resultado de las evaluaciones.</li> <li>▪ Atender y resolver reclamos y/o sugerencias relacionadas con los productos comprados y el</li> </ul> Proceso en sí.		Evaluaciones y Del desempeño De los Proveedores críticos del área. Acciones Correctivas y Preventivas	Técnico Almacén y Empresas proveedoras de bienes y Servicios.

RECURSOS			
HUMANOS	TECNOLOGICOS	INFRAESTRUCTURA	
Humanos Físicos. Técnicos. Económicos	Computador, impresora, teléfono, correo institucional, plataforma Bionexo	Bienes-Muebles	
REQUISITOS			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado maestro de documentos y registros</li> <li>- Tablas de retención documental</li> <li>- Controles documentados en las actividades del procedimiento</li> </ul>			
INFORMACIÓN DOCUMENTADA			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimiento de Bajas</li> <li>- Procedimiento Inventario Físico</li> <li>- Procedimiento Administrativo de Activos fijos</li> <li>- Procedimiento de compras</li> </ul>			
CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO			
Riesgo	Acciones	Frecuencia	Responsable
Inadecuado concepto Técnico	Solicitar concepto técnico a personal experto en la materia, de ser necesario contratar un tercero.	semestral	Recursos de apoyo
Inadecuada Valoración del Bien	Adecuada depreciación de los bienes	Trimestral	Comités –recursos de apoyo
No realizar el registro de salida en el módulo de activos	Documento de salida de almacén	Trimestral	Recursos de apoyo
Inadecuada conservación de los soportes	Adecuado manejo de normas de archivo	semestral	Recursos de apoyo
No informar a la aseguradora	Informe a la aseguradora		
Inventarios desactualizados	Inventarios aleatorios		
Inadecuada utilización de los activos fijos	Informe al coordinador del Área		
Perdida o Hurto de los activos fijos	Reporte a la aseguradora para Activación de la póliza		
No asegurar los activos fijos nuevos	Reporte a la aseguradora de los nuevos activos fijos		
Solicitud de pedidos por fuera de los tiempos estipulados	Con el área de comunicación informar sobre las fechas límites de recibo en el almacén		
Artículos no disponibles en el mercado	Informar los materiales que suplen los no existentes		

Incumplimiento por parte del proveedor	Calificación y estar en contacto con los proveedores para el cumplimiento e los pedidos		
<b>INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO</b>			
-Cumplimiento en ítems pedidos %	-----	Cotizaciones completas, entrega completa de pedidos	
-Proveedores	-----	Costo, calidad, confiabilidad, tiempo d entrega, flexibilidad, tiempo de respuesta	
-Logística	-----	Costo transporte, Espacio del Almacén, Tiempo de Entrega	
-Servicio al cliente	-----	Costo del servicio, Tiempo de respuesta, nivel de inventario, Nivel de satisfacción	
<b>CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)</b>			
Listado maestro			

**Objetivo** Definir las actividades necesarias para la baja definitiva de bienes mediante la depuración de activos, con el fin de mantener actualizado el inventario de la entidad.

**Alcance:** Inicia con la identificación de los activos sujetos a la baja, continúa con la baja y destinación (ofrecimiento o destrucción de los bienes) y termina con el retiro de los bienes del almacén y el registro contable

**Responsables:** Comité inventario y bajas, Técnico Administrativo- Almacén, Dirección Administrativa y Financiera, Asesora Jurídica y Control Interno

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Informe técnico del estado del bien mueble o inmueble.	Equipo de cómputo, impresora y papel
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado del bien mueble o inmueble.</li> <li>Resolución</li> <li>Ajustes contables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe técnico sobre el estado del bien mueble o inmueble para su no utilización.</li> <li>Autorización de baja de mueble o inmueble por el área de gerencia</li> <li>Solicitud por escrito a jurídica, para la legalización de la baja. Resolución motivada para dar de baja el bien, mueble ó inmueble como soporte jurídico.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Entregar al Técnico Administrativo de Almacén y Bienes, informe técnico del bien el inventario propuesto para dar de baja con la respectiva justificación.	Funcionario encargado de los bienes	Informe Técnico
2	Solicitar al área contable el valor patrimonial de todos los bienes identificados para dar de baja a la fecha de la solicitud. (Mayores 5 SMMLV), los demás valores son extraídos del módulo de activos fijos. Los elementos de consumo no requieren saldo en libros, toda vez que estos no se deprecian.	Técnico Administrativo Almacén y bienes – Contador	Comunicado interno con solicitud y Auxiliar
3	Solicitar y/o aportar el concepto técnico del bien de acuerdo con sus características.	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Concepto Técnico
4	Elaborar Informe Técnico y de conveniencia de baja, para ser entregados a la subdirección Administrativa y	Técnico Administrativo	Informe Técnico y de conveniencia

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>Financiera, el cual debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de las condiciones técnicas del bien o bienes que van a ser dados de baja.</li> <li>• Relación pormenorizada de los costos de mantenimiento preventivo y correctivo del bien o bienes, si fuere del caso, debidamente documentado.</li> <li>• Las razones por las cuales el bien o bienes se consideran inservibles, obsoletos o por las cuales la entidad no los necesita para su funcionamiento, según sea el caso.</li> </ul>	Almacén	
4.1	Si el bien que está clasificado para dar de baja es indispensable para la prestación del servicio, se deberá iniciar el proceso para la sustitución inmediata.	Subdirección con la necesidad	Solicitud de pedido y tramite de compra
5	Aprobación por escrito de propuesta de baja de bienes	Subdirección administrativa y Financiera	Comunicado con Aprobación
6	Si los bienes muebles superan los 5 SMMLV citar a comité de Bajas de Bienes	Secretario del Comité	Citación
7	Realizar Comité donde se exponen los motivos y el sustento de la baja de los bienes; los participantes analizan la información y entregan las recomendaciones que tengan lugar.	Miembros del Comité	Acta del Comité
8	El Comité recomienda la futura destinación de los bienes con base en el concepto técnico y la normatividad vigente	Miembros del Comité	Acta del Comité
9	<p>Proyectar y emitir acto administrativo, Con base en lo definido en el Comité.</p> <p>La destinación de los bienes podrá ser la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Para baja por Ofrecimiento de bienes</li> <li>-Para baja por venta o permuta de bienes abierto a particulares</li> <li>- Para baja por Destrucción de bienes</li> </ul>	Jurídica	Acto Administrativo
9.1	<b>Baja del Bien por Ofrecimiento:</b> A menos que los bienes tengan como destino final la destrucción, la entidad debe convocar a través de invitación pública a las demás entidades del estado de cualquier orden	Jurídica	Acto Administrativo



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	para que manifiesten su interés por los bienes como parte de la enajenación a título gratuito. Esta invitación se debe publicar en página web de la entidad, acompañada de todos los documentos que soportan la baja. Surtido el plazo fijado en la invitación se elabora acta informado si los bienes fueron o no requeridos		
9.2	Realizar baja de bien por Venta o permuta de bienes abierto a particulares: Cuando no hay interesados en los bienes, éstos deben ofrecerse a título oneroso, para lo cual la Subdirección Administrativa y Financiera, remitirá mediante comunicado interno al área Jurídica, los documentos soportes de la baja incluyendo un estudio de mercado y/o un avalúo comercial, para establecer el valor base del ofrecimiento	Subdirección Administrativa y Financiera	Comunicado Interno con Soportes
9.3	Realizar baja de bien por Destrucción de bienes: Conforme a la recomendación del Comité se procede con la destrucción de los bienes autorizados por el ordenador del gasto, para lo cual se retiran los bienes de la entidad y se destruyen dejando como soporte el acta donde se detalle el procedimiento realizado y los participantes	Comité	Acta
10	Diligenciar resolución motivada de la baja, de acuerdo a lo normado en la institución.	Asesora Jurídica	Resolución
11	Adjudicar los bienes: En el caso de ofrecimiento de bienes a título gratuito, mediante acta y cumplimientos de la norma vigente se realiza la adjudicación.  En cuanto a la enajenación a título oneroso se aplicara de acuerdo con la modalidad de contratación	Subdirección Administrativa y Financiera	Acto Administrativo
12	Entregar los bienes: Se entregan los bienes mediante acta dentro de los 30 días siguientes	Subdirección Administrativa y Financiera	Acto Administrativo
13	Registrar salida de bienes del almacén: Registra la orden de salida los bienes, soportado por el acto administrativo y el acta de entrega de los mismos.	Técnico Administrativo y Financiero	Documento Salida de Almacén
14	Enviar mediante oficio o correo electrónico, la documentación completa del procedimiento de baja a	Técnico Administrativo y	Oficio remitario y/o correo electrónico

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	la aseguradora, para los trámites pertinentes.	Financiero	

**Definiciones:**

**INFORME TÉCNICO:** describir el estado del mueble o inmueble y el motivo por el cual se debe dar de baja.

**RESOLUCION:** Documento redactado por el área de jurídica

**BIEN:** Se define como el artículo inventariable disponible para el uso de la entidad.

**BIENES SERVIBLES:** Son aquellos bienes muebles que se encuentren en buenas condiciones.

**BIENES NO UTILIZABLES:** Son bienes que no obstante de estar en buen estado, la entidad no los requiere para el normal desarrollo de sus actividades, por caer en desuso.

**BIENES INSERVIBLES:** Son bienes que por su desgaste, deterioro u obsolescencia, material o tecnológica, no son útiles para el servicio al cual se encuentran destinados y no ofrecen posibilidad alguna de uso o aprovechamiento de su parte.

**BIENES MUEBLES PERDIDOS:** Son bienes que debido a su falta absoluta o desaparición, su ubicación no ha sido posible dentro o fuera de las instalaciones de la entidad.

**BAJA DE BIENES:** Es la salida definitiva de aquellos bienes que no se encuentran en condiciones de uso o que la entidad ya no requiere para el normal desarrollo de sus actividades.

**DONACIÓN:** Es la autonomía de la entidad para transferir gratuita e irrevocablemente un bien mueble de su propiedad a otra persona jurídica de derecho público que lo acepta.

**DESTRUCCIÓN DE BIENES:** Reducir a pedazos o a cenizas los bienes muebles objeto de la baja.

**VENTA DE BIENES MUEBLES:** Es la operación mercantil mediante la cual se transfiere a dominio ajeno un bien mueble dado de baja a cambio de dinero en el precio convenido.

**FORMATOS:**


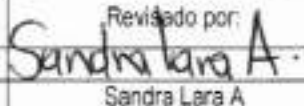

- Comunicados internos}

- Formato solicitud de pedido
- Formato de Actas
- Formato de Resoluciones

**Riesgos del procedimiento**

Se registran los principales riesgos del procedimiento así como las consecuencias que se puedan derivar de su presencia y los controles para minimizarlos o eliminarlos

Riesgo	Consecuencias	Controles
Inadecuado concepto Técnico Inadecuada actualización de los inventarios	Dar de baja un elemento que aún tiene vida útil	Solicitar concepto técnico a personal experto en la materia, de ser necesario contratar un tercero.
Inadecuada Valoración del Bien	Detrimento patrimonial	Adecuada depreciación de los bienes
No realizar el registro de salida en el módulo de activos	Infórmes financieros no razonables	Documento de salida de almacén
Inadecuada conservación de los soportes	Hallazgos por entes de control	Adecuado manejo de normas de archivo
No informar a la aseguradora	Detrimento patrimonial	Informe a la aseguradora

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Roberto Rivera Carmona	Sandra Lara A.	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Verificar físicamente los bienes o elementos en el Almacén o bodegas, depósitos, dependencias, a cargo de usuarios o terceros, con el fin de confrontar las existencias reales o físicas, contra los saldos registrados en Almacén.

**Alcance:** Desde la programación de la toma física hasta su ejecución.

**Responsable:** Dirección Administrativa y Financiera, Almacenista e supervisor.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificar la realización del inventario físico en los almacenes de la Empresa.</li> <li>- Preparar el material necesario para la toma de inventario físico.</li> <li>- Organizar la toma de inventario físico de almacén y farmacia de tal manera que el mismo se lleve a cabo utilizando criterios de racionalidad, eficiencia y economía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventario Extraído del Software</li> <li>- Planillas definidas para la toma física de inventario</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Los inventarios o tomas físicas deben realizarse con el propósito de verificar, clasificar analizar y valorizar los bienes propiedad de la Entidad, en cumplimiento de lo establecido por los Organismos de Control, la Contaduría General de la Nación, que disponen velar por el registro permanente y valorizado de los bienes muebles, Propiedades, Planta y Equipo -devolutivos, consumo, servibles o inservibles, en servicio o en bodega, recibidos y entregados a terceros, mediante la realización de los inventarios aleatorios o rotativos anuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventarios conciliados</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar cronograma de Toma Inventario Físico, para ser aprobado por la Subdirección Administrativa y Financiera	Técnico Administrativo Almacén y bienes – Subdirección Administrativa y Financiera	Cronograma
2	Socializar el cronograma anual de inventarios para el inicio de la toma física, mediante circular interna	Técnico Administrativo Almacén y bienes –	Circular

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	y las instrucciones generales y específicas para la realización del inventario o toma física	Regente de Farmacia	
2.1	Definir los recursos humanos, tecnológicos, y logísticos, que sean necesarios para la realización del inventario, y definir la metodología que se va a utilizar.	Subdirección Administrativa y Financiera	Acta de planeación
2.2	Ordenar físicamente los bienes, alistar, verificar, limpiar, despejar los pasillos y determinar el estado de los bienes a su cargo, y prepararse para la realización del inventario buscando que dicho ordenamiento contribuya y facilite el conteo físico	Técnico Almacén y bienes - Regente de Farmacia	
3	<b>Almacén:</b> Efectuar el conteo, registrando la información en la planilla diseñada para tal fin y marcando con distintivos los bienes, medicamentos o áreas inventariadas. Verificar que los bienes evidenciados físicamente correspondan a la información registrada en los Reportes de inventarios (Para Almacén: número de placa, serie, marca, modelo, descripción de características técnicas, y estado del bien; para Farmacia: Marca y Presentación)). Igualmente, adherir las placas a los bienes que no las tengan. Y obtener las firmas de los participantes, en el formato Acta de Reunión.	Responsables de la toma física del inventario	Planillas definidas para la toma física de inventario
4	Cotejar la información recogida en el proceso de toma física, con la registrada en los reportes en el módulo de inventario de Xenco, de acuerdo con la dependencia, funcionario, contratista o tercero y contra lo registrado en contabilidad, estableciendo las cantidades y montos de las diferencias que pueden resultar en sobrantes y faltantes. A los elementos en los cuales se encuentren diferencias se les efectuará un conteo de verificación, con el fin de determinar en forma definitiva, los faltantes y sobrantes reales. Se marcará con otro distintivo las áreas o bienes verificados. Elaborar informe preliminar de la toma física de inventario, el cual incluye la lista de bienes faltantes y sobrantes	Responsables de la toma física del inventario	Reporte de Xenco, Planillas diseñadas para el inventario y Acta
5.1	Si existen diferencias: Realizar los traslados,	Técnico almacén y Bienes	Informe Ajuste de

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	compensaciones y ajustes pertinentes relacionados con los sobrantes o faltantes observados, utilizando el formato Traslado de inventarios. Realizar el informe de ajustes de inventarios	- Regente e Farmacia	Inventarios
5.2	Si existen faltantes: Elaborar comunicado interno, los requerimientos a los responsables a quienes se les evidenció faltantes. Posteriormente, ellos deberán reponer el bien, y el Almacén recibirá el bien en reposición, siguiendo el procedimiento respectivo	Técnico almacén y Bienes - Regente e Farmacia	Comunicado Interno
6	Preparar el registro de los bienes sobrantes: El encargado del almacén y el encargado de la farmacia, con base en la lista de bienes sobrantes, procederá a registrar en el módulo de Xenco el ingreso del bien sobrante, siguiendo el procedimiento respectivo	Técnico almacén y Bienes - Regente e Farmacia	Informe preliminar de la toma física de inventario. Lista de bienes faltantes y sobrantes. Registro Xenco
7	Elaborar Informe Final de la toma física de inventario: Presentando la cantidad y valor total de los bienes y medicamentos inventariados, faltantes, sobrantes, inservibles, obsoletos o vencidos, sin placa de inventarios, resultantes de la toma física. Y anexar la relación detallada por los cuentadantes que fueron objeto de la toma física discriminando el estado de su inventario, si presenta sobrantes y faltantes. Entregar a la Subdirección Administrativa y Financiera y contabilidad, firmado y aprobado por el responsable de Almacén.	Responsables de la Toma física de Inventarios	informe Final de la toma física de Inventario
7.1	Elaborar listado de los bienes y medicamentos que potencialmente se van a dar de baja, con el fin de presentarlo ante el Comité, para la toma de la decisión sobre la baja.	Técnico Almacén y Bienes - Regente de Farmacia	Listado de bienes y medicamentos
7.2	Aprobar y presentar el informe consolidado definitivo del proceso al Comité de inventarios. Y generar las copias para Almacén, Subdirección Administrativa y Financiera, y Contabilidad	Responsables de la Toma física de Inventarios	Informe Final

## DEFINICIONES

**Activo fijo:** es todo bien mueble o inmueble que se usa para el funcionamiento de actividades propias de la entidad y que tenga una vida útil superior a un año

**Bienes:** Son otro tipo de bienes muebles en general, los cuales no poseen identificación de activos fijos, pues estos fueron obtenidos por las distintas formas de adquisición de bienes, que no cumplen con las diferentes características para considerarlos activos fijos

**Bienes Devolutivos en Servicio:** Son los bienes de propiedad del ente público, que se encuentran en uso de dependencias, funcionarios, y terceros, para el desarrollo de su función administrativa o cometido estatal: Terrenos, Construcciones en curso, Edificaciones, Vías de Comunicación y acceso internas, Plantas, Ductos y Túneles, Redes, Líneas y Cables, Maquinaria y Equipo, Muebles y enseres y equipo de Oficina, Equipo de Comunicación y Computación, Equipo de Transporte, Tracción y Elevación, Equipo de Comedor y despensa.

**Bienes Faltantes:** Son aquellos bienes que se encontraban registrados en el inventario de la entidad, pero al momento de realizar la toma física no se encuentran los mismos. O bien porque éstos hayan sido hurtados o bien porque haya desaparecido definitivamente del servicio.

**Bienes Inservibles y Obsoletos:** Son aquellos que se encuentran en un estado de deterioro, desgaste, obsolescencia física y no son de utilidad para el servicio de la entidad.

**Bienes muebles:** Son aquellos que pueden trasladarse fácilmente de un lugar a otro, manteniendo su integridad y la del inmueble en el que se hallaren depositados.

**Bienes Sobrantes:** Son los bienes que, no siendo parte del inventario de la entidad, un cuentadante los utiliza para el desarrollo de sus funciones y que en el momento de la toma física se registran y agregan en el inventario

**Base de datos de inventario:** Aplicativo (Software) donde se asientan todos los movimientos físicos de los bienes, con los saldos correspondientes.

**Elementos de consumo controlable:** Son elementos que por su naturaleza no se consumen con su primer uso, pero por su costo va al gasto y su destinación perdura en el tiempo.

**Elementos de consumo:** Son los que se consumen por el primer uso que se hace de ellos.

**Elementos devolutivos:** Son todos aquellos bienes que su vida útil está determinada por la depreciación y es un activo de la entidad y se entregan para el desarrollo de las actividades de cada uno de los funcionarios, los cuales debe ser devueltos.

**Elementos faltantes:** Son bienes de propiedad de la entidad asignados en el inventario de una dependencia y/o funcionario pero que al momento de la verificación física no se encuentran o no se justificó su falta.

**Elementos sobrantes:** Son bienes que se encontraron físicamente durante la verificación, pero que no están incorporados en el inventario de la dependencia, ni en el inventario del funcionario que lo tiene a su cargo.

**Entrada de almacén:** Es el documento donde se hace un registro detallado de cada uno de los bienes que se reciben e ingresan en el inventario de la entidad.

**Inventario físico:** Es la verificación de las existencias materiales y reales de los elementos de consumo o bienes devolutivos, en donde se registra número de unidades en existencia, descripción y referencia (marca, modelo, serie, número de placa), valor de compra, fecha de adquisición, etc.

**Inventario selectivo:** Comprende a un grupo de bienes previamente seleccionados. Se realiza periódicamente o cada vez que sea necesario comprobar que los registros de stock se mantienen al día así como para verificar que las existencias físicas concuerden con las tarjetas de control visible de almacén y los registros físico - valorados correspondientes.

Se realiza sin paralizar las actividades de almacén pudiendo o no bloquear temporalmente la documentación y el despacho del grupo de bienes objeto del inventario por el plazo que dure el mismo

**Placa o Etiqueta:** Es el dispositivo metálico, acrílico o de otro tipo de material, mediante el cual se determina la identificación de la propiedad institucional, el cual posee información numérica o alfanumérica para un mejor control en los sistemas automatizados.

**Responsable:** Persona física que utiliza y/o custodia el activo fijo, en el desempeño de sus funciones normales dentro o fuera de la institución, que responde por su adecuado uso e integridad física (Funcionario Responsable, Representante Estudiantil o Usuario Temporal).

**Toma Física:** Es la verificación física de los bienes o elementos en el Almacén o bodegas, depósitos, farmacias, dependencias, a cargo de usuarios, etc., con el fin de confrontar las existencias reales o físicas, contra los saldos registrados en Almacén y cuentas contables.

**Existencias:** Son aquellos factores corrientes de carácter almacenable, así como los productos destinados a la venta. Se trata, por tanto, de activos o inversiones económicas de naturaleza circulante, bien destinados al proceso productivo (factores) o bien el resultado de éste (productos).

**Saldos:** Son el resultado de los movimientos de inventarios, que deberán estar siempre actualizados de tal forma que permitan una permanente comparación con los asientos del estado



diario de bienes o el registro de las novedades en el inventario a cargo de los responsables.


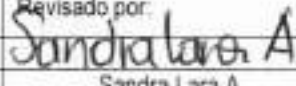

**Faltante:** sucede cuando al momento de la confrontación física de bienes contra las existencias del inventario individual o general, no se halla el elemento en servicio en su sitio de utilización o bodega

#### BASE LEGAL

- Decreto No. 1.12 0774 de 4 diciembre de 2008.
- Régimen de Contabilidad Pública Resolución 374 DE 2007(Plan Único de Cuentas)
- Ley 734 de 2002
- Constitución Política de Colombia
- Decreto Anticorrupción
- Decreto No. 0777 de diciembre de 2008.

#### FORMATOS:

Riesgo	Consecuencias	Controles
Inventarios desactualizados	inventarios obsoletos	Inventarios Aleatorios
Inadecuada utilización de los activos fijos	Gestión deficiente- Informes financieros no razonables	Registros actualizados
Perdida o Hurto de los activos fijos	Detrimiento patrimonial	Base de datos
No asegurar los activos fijos nuevos	Detrimiento patrimonial	Informe de la aseguradora

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Robinson Rivera Carmona	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Proveer a las diferentes dependencias de la entidad de los insumos y servicios requeridos para el normal funcionamiento de la institución

**Alcance:** Inicia con la recepción de la solicitud del bien o servicio, continúa con el análisis de la viabilidad y finaliza con entrega y ejecución de la misma.

**Responsable:** Comité de compras, Subdirección administrativa y financiera y Técnico Administrativo-Almacén.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Existir la necesidad y solicitud de los insumos, con especificaciones uniformes, plataforma Bionexo, Colombia compra eficiente disponibilidad presupuestal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador con acceso a la plataforma Bionexo,</li> <li>• informe de solicitud del bien o servicios</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de contratación interno</li> <li>• Certificado de disponibilidad efectiva de presupuesto</li> <li>• Condiciones para la Cotización</li> <li>• Estatuto Anticorrupción, política de austeridad en el gasto. Formato diligenciado y firmado por el subdirector administrativo y financiero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cotizaciones</li> <li>• Cuadro comparativo de análisis de cotizaciones.</li> <li>• Acta de comité de compras diligenciada y firmada.</li> <li>• Disponibilidad presupuestal</li> <li>• Orden de compra y/o suministro diligenciada</li> <li>• Registro presupuestal.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Solicitar mediante comunicación escrita al Jefe inmediato que corresponda la adquisición del bien o servicio. Dicha solicitud debe ser clara en cuanto a los parámetros requeridos; con el objetivo de garantizar que todos los proveedores cotizaran en igualdad de condiciones. Estas solicitudes deben estar en el almacén los cinco primeros días del mes.	Subdirecciones	Comunicación escrita
2	El área que solicite el bien o servicio, deberá presentar la debida justificación de la necesidad, con el visto bueno del subdirector que corresponda.	Subdirecciones	Comunicación escrita
3	Se analizan los requerimientos de las diferentes dependencias, con el objetivo de evaluar si hay existencias en el almacén o si se requiere comprar.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Solicitudes de las áreas
3.1	<b>Existencia en el Almacén:</b> Se clasifican los elementos a entregar, se procede con el documento de la salida de almacén a nombre del funcionario que realizó la solicitud y se llama para su entrega.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Salida de Almacén
3.2	De ser necesaria la compra, se verifica que la necesidad este incluida en el plan Anual de Adquisiciones de la	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Plan Anual de Adquisiciones

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	entidad		
3.2.1	Garantizar la disponibilidad de recursos, a través del certificado de disponibilidad presupuestal	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Certificado de Disponibilidad Presupuestal
3.3	<p><b>Compra Por Plataforma Electrónica:</b> Se ingresa la información suministrada en la solicitud, y se continúa con el trámite establecido para este tipo de adquisición. (Ver manual de compras y contratación y guía de plataforma electrónica)</p> <p><b>Compra por Invitación:</b> Se realiza invitación, vía correo electrónico, a los proveedores registrados en la entidad en la cual se envía las especificaciones o requerimientos de la necesidad.</p> <p><b>Compra Directa:</b> Se revisa la base de datos de proveedores de la entidad, y se contacta a la empresa que distribuya el producto requerido. Al cual se le solicita cotización.</p>	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Histórico de publicaciones en plataforma y/o correos electrónicos
4	<b>Adjudicación de la compra:</b> Se analizan las cotizaciones presentadas por los diferentes proveedores a través de la plataforma electrónica o las cotizaciones solicitadas así:	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	
4.1	<b>Plataforma electrónica:</b> Una vez vencido el término para realizar las cotizaciones, se ingresa a la plataforma donde se analizan las propuestas de los proveedores. Se procede con la selección la que reúna las condiciones del producto requerido, además se evalúa el precio, la calidad y la oportunidad en la entrega del producto.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes, Subdirección Administrativa y Financiera	Proceso de Adjudicación en la plataforma electrónica
4.2	<b>Invitación por Correo electrónico:</b> Se descargan las cotizaciones enviadas por los proveedores. Se procede a realizar cuadro comparativo. En el cual se evalúan criterios como precio, calidad y oportunidad en la entrega del producto.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	
5	Con la información necesaria, se procede a realizar Comité de compras y contratación.	Comité de Compras y Contratación	Acta del Comité
6	Una vez seleccionado el proveedor, independientemente de la forma de compra (Plataforma electrónica, invitación o directa), se procede a consultar los antecedentes disciplinarios, fiscales y penales; que garantizan que no tienen inhabilidades para contratar con empresas del estado.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes, Subdirección Administrativa y Financiera	Certificados

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
7	Mediante comunicado interno se solicita el compromiso presupuestal; si el proveedor es nuevo se debe aportar el RUT.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Compromiso presupuestal y RUT
8	Con la documentación necesaria se procede a realizar la orden de compras	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Orden de Compras
9	De acuerdo con la fecha estipulada de entrega, se procede a recibir los insumos o suministros, ingresándolos al módulo de inventario, el cual realiza la interface con el módulo de contabilidad.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Orden de ingreso a almacén
10	Con la factura del proveedor se procede a realizar la causación contable, la cual es revisada por el auxiliar administrativo del área contable.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes - Auxiliar Administrativo	Causación
10.1	Entrega de la factura con los respectivos soportes para iniciar el trámite de pago.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes - auxiliar contable	Reporte contable
11	Entrega de elementos: Una vez se realiza el proceso de ingreso al módulo de inventarios, se procede a realizar la salida de almacén a nombre del funcionario que realizó la solicitud.	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Salida de Almacén

**DEFINICIONES:**

**PLATAFORMA ELECTRÓNICA:** Portal web, que permite realizar compras a través de internet.

**COMPRA:** Actividad de apoyo logístico necesaria para el funcionamiento de la infraestructura de la entidad y que se suministra por solicitud específica de las dependencias de la entidad.

**COMITÉ DE COMPRA:** Instancia asesora, integrada por Sub Director Administrativo y Financiero, Subdirector Científico, Asesora Jurídica, Técnico Administrativo Almacén y Bienes, e invitados de requerirse, cuyo objetivo es asesorar al Gerente sobre la adquisición de bienes y servicios para el funcionamiento de la entidad.

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES, DISCIPLIARIOS Y PENLAES:** Documento que garantiza que la persona natural o jurídica no tiene inhabilidades para contratar con el Estado. (Antecedentes disciplinarios de Procuraduría, Certificado de Contraloría y Antecedentes Judiciales).

**ORDEN DE COMPRA:** Documento que emite el módulo de Inventarios, con el cual se legaliza la compra al proveedor de insumos y bienes; indica cantidad, detalle, precio, fecha de compra, identificación del proveedor.

**ENTRADA AL ALMACÉN:** Documento que emite el módulo inventarios que acredita el ingreso material y real de un bien o elemento a la Bodega, constituyéndose así en el soporte para legalizar los registros en **almacén** y efectuar los asientos de contabilidad.

**DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** Es el documento expedido por el área de presupuesto con el cual se garantiza la existencia de apropiación presupuestal disponible y libre de afectación para la asunción de compromisos. Este documento afecta preliminarmente el presupuesto mientras se perfecciona el compromiso y se efectúa el correspondiente registro presupuestal.

**REGISTRO PRESUPUESTAL:** Es el documento a través del cual se acredita la operación de registro presupuestal que perfecciona el compromiso y afecta en forma definitiva la apropiación garantizando que esta no será desviada a ningún otro fin.

**Documentos de Referencia:**

- Manual de Compras y contratación
- Manual de Plataforma Electrónica Bionexo.

**Formatos:**

- Solicitud de pedidos
- Cuadro Comparativo

**Riesgos del procedimiento**

Se registran los principales riesgos del procedimiento así como las consecuencias que se puedan derivar de su presencia y los controles para minimizarlos o eliminarlos

Riesgo	Consecuencias	Controles
Solicitud de pedidos por fuera de los tiempos estipulados	Quedarse sin materiales de trabajo	Con el área de comunicación informar sobre las fechas límites de recibo en el almacén
Artículos no disponibles en el mercado	Afectación al proyecto o el área de trabajo	Informar los materiales que suplemente los no existentes
Incumplimiento por parte del proveedor	Quedarse sin inventario para el buen desarrollo del hospital	Calificación y estar en contacto con los proveedores para el cumplimiento de los pedidos

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Carlos Mario Rivera Cardona	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico Administrativo- Almacén	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Controlar los bienes físicos entidad, mediante mecanismos necesarios de registro y actualización teniendo en cuenta la descripción de las características físicas, técnicas, costo, localización y asignación de los mismo con el fin de la optimización y aprovechamiento de recursos.

**Alcance:** Inicia con la realización del inventario a cada funcionario o contratista y finaliza con la expedición del paz y salvo al retiro de la institución.

**Responsable:** Dirección Administrativa y Financiera, Contador, Almacenista e interventor.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Existencia de inventario de activos fijos	
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario asignado</li> <li>• Revisión de entrega del inventario, al momento de entregar el cargo</li> <li>• Confirmar el aseguramiento de los bienes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de activos fijos: Inventarios, conocer la conformación, su clasificación, la depreciación mensual y la vida útil.</li> <li>• Paz y salvo: Garantizar que los bienes fueron entregados completos y en perfectas condiciones, en el momento de retiro del funcionario o cooperativa.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Levantar o actualizar el inventario de activos fijos que se encuentran en toda la entidad.	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Documento inventario
2	Registrar oportunamente, cualquier movimiento de activos fijos, en el módulo de correspondiente	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Programa de xenco
2.1	Si se adquiere un activo fijo, realizar el respectivo asiento en el módulo de inventarios o de activos si supera 5 SMLMV.	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Programa de xenco
2.2	Conciliar el activo fijo con el registro contable correspondiente	Técnico Administrativo Almacén y bienes – Auxiliar Administrativo	Programa de xenco
3	Etiquetar los activos fijos, con la placa o etiqueta codificado	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Placa o Etiqueta
4	Informar oportunamente el ingreso de bienes devolutivos, que sean sujeto de seguros, al corredor de seguros.	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Oficio o correo electrónico
5	Inmediatamente el bien se halla registrado en el	Auxiliar de Almacén	Documento de

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	módulo de inventarios o activos fijos, entregar al responsable del mismo, con la debida salida de almacén.		inventarios
6	Indicar al responsable del activo que durante la permanencia en el puesto de trabajo debe mantener las condiciones óptimas del bien. En caso de alguna novedad reportar al responsable administrativo	Funcionario encargado del activo fijo	Comunicado interno
6.1	Novedades a reportar: - Reporta las condiciones del estado - Movimiento de los activos fijos en caso de ser necesario en caso de terminación de contrato, traslado, préstamo	Funcionario encargado del activo fijo	Comunicado interno, formato de traslado de bienes
7	Realizar seguimiento a los activos fijos mediante auditorias o revisiones periódicas para determinar el estado y custodia	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Acta de seguimiento
7.1	En las auditorias establecer si los bienes en custodia requieren mantenimiento o iniciar procedimiento para dar de baja	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Acta de seguimiento
8	Validar con el área de contabilidad si la depreciación mensual de los equipos, bienes muebles e inmuebles, está realizándose adecuadamente en el programa xenco.	Técnico Administrativo Almacén y bienes - Contador	Comprobante de depreciación
9	Al momento del retiro de un funcionario o contratista de la institución, Verificar la entrega del inventario asignado	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Documento inventario
10	Firmar en el formato de paz y salvo, la casilla correspondiente al inventario	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Paz y Salvo
11	Cuando el bien se encuentre en mal estado, averiado o simplemente no se requiere más, el responsable debe enviar comunicado interno solicitando el reintegro del mismo; se diligencia el formato de Orden Reintegro Bienes al Almacén, se procede a recoger el bien y se firma el documento tanto por el responsable del bien y como del encargado del almacén	Técnico Administrativo Almacén y bienes - encargado del bien	Formato de Reintegro de bienes
12	En caso de pérdida o Hurto exigir al encargado del bien, la respectiva demanda ante autoridad	Responsable del bien	Denuncia

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	competente		
13	Ejecuta el procedimiento para dar de baja del activo	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Procedimiento
14	Iniciar trámite con la compañía aseguradora y la empresa de vigilancia, para el reconocimiento del valor asegurado del bien mueble o inmueble.	Subdirección Administrativa y Financiera	Comunicado escrito
15	Realizar la investigación del caso, y determinar las acciones a seguir	Control interno disciplinario	

## DEFINICIONES

**Activo fijo:** es todo bien mueble o inmueble que se usa para el funcionamiento de actividades propias de la entidad y que tenga una vida útil superior a un año

**Bienes:** Son otro tipo de bienes muebles en general, los cuales no poseen identificación de activos fijos, pues estos fueron obtenidos por las distintas formas de adquisición de bienes, que no cumplen con las diferentes características para considerarlos activos fijos

**Base de datos de inventario:** Aplicativo (Software) donde se asientan todos los movimientos físicos de los bienes, con los saldos correspondientes.

**Elementos de consumo controlable:** Son elementos que por su naturaleza no se consumen con su primer uso, pero por su costo va al gasto y su destinación perdura en el tiempo.

**Elementos de consumo:** Son los que se consumen por el primer uso que se hace de ellos.

**Elementos devolutivos:** Son todos aquellos bienes que su vida útil está determinada por la depreciación y es un activo de la entidad y se entregan para el desarrollo de las actividades de cada uno de los funcionarios, los cuales debe ser devueltos.

**Elementos faltantes:** Son bienes de propiedad de la entidad asignados en el inventario de una dependencia y/o funcionario pero que al momento de la verificación física no se encuentran o no se justificó su falta.

**Elementos sobrantes:** Son bienes que se encontraron físicamente durante la verificación, pero que no están incorporados en el inventario de la dependencia, ni en el inventario del funcionario que lo tiene a su cargo.



**Entrada de almacén:** Es el documento donde se hace un registro detallado de cada uno de los bienes que se reciben e ingresan en el inventario de la entidad.

**Inventario fisico:** Es la verificación de las existencias materiales y reales de los elementos de consumo o bienes devolutivos, en donde se registra número de unidades en existencia, descripción y referencia (marca, modelo, serie, número de placa), valor de compra, fecha de adquisición, etc

**Placa o Etiqueta:** Es el dispositivo metálico, acrílico o de otro tipo de material, mediante el cual se determina la identificación de la propiedad institucional, el cual posee información numérica o alfanumérica para un mejor control en los sistemas automatizados.

**Responsable:** Persona física que utiliza y/o custodia el activo fijo, en el desempeño de sus funciones normales dentro o fuera de la institución, que responde por su adecuado uso e integridad física (Funcionario Responsable, Representante Estudiantil o Usuario Temporal).

Riesgo	Consecuencias	Controles
Activos no reportados para dar de baja	- Usuarios a cargo	Inventarios aleatorios
Resolución de bajas	- Inventario sobre valorado en contabilidad	Realizar periódicamente informe sobre los bienes muebles que se deben de dar de baja
Perdida o Hurto de los activos fijos	- Pago por el responsable o la aseguradora	Inventarios aleatorios
No asegurar los activos fijos nuevos	- No hay respaldo económico para la recuperación de la inversión	Reportar a la Asegurar el activo al momento de su llegada al almacén
Inventario desactualizado	- No hay control sobre los viene muebles de la entidad, hallazgos en los entes de control, control interno, contraloría	Mantener el inventario de los usuarios al día con los respectivos documentos de traslados

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Robinson Rivera Carmona	Sandra Lara A	Carlos María Rivera Escobar
Cargo	Técnico Administrativo Almacén y Bienes	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Proteger contra todo riesgo los bienes de la entidad, mediante la suscripción de pólizas de seguro con el fin de evitar la generación de perjuicios y soportar la ocurrencia de siniestros

**Alcance:** Inicia con la identificación de los bienes que debe ser asegurados, continua con el reporte de novedades y siniestros al corredor de seguros y termina con la reposición del bien en el inventario de la entidad.

**Responsable:** Subdirección Administrativa y Financiera

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Inventario de bienes	Inventario de la entidad actualizado
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La contratación de las pólizas de seguros debe surtir mediante el proceso de selección que corresponda.</li> <li>2. La entidad debe reportar a la compañía aseguradora los bienes que se han dado de baja para que sean excluidos de las pólizas.</li> <li>3. El inventario de la entidad debe estar permanentemente actualizado.</li> <li>4. Cuando se presente un siniestro, la persona involucrada debe reportar al subdirección Administrativa y financiera, quien deberá informarle a la aseguradora las novedades que se presentan dentro de las de las pólizas.</li> </ol>	Pólizas de seguro

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Identificar los montos a asegurar de todos aquellos bienes muebles e inmuebles que de acuerdo con sus características deben ser amparados por una póliza de seguros.	Subdirección Administrativa y Financiera	Inventario actualizado
2	Suministrar la información requerida para el proceso de contratación de la firma aseguradora	Subdirección Administrativa y Financiera	Informe
3	Una vez elegida la compañía aseguradora o el intermediario de seguros suministrar, la relación de los montos que deben ser asegurados para la generación de	Contadora	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	la póliza, expedida por la contadora		
4	Expedición de la póliza: la compañía aseguradora o el intermediario de seguros entrega copia de la póliza generada, mediante la cual se amparan los bienes de la entidad.	Compañía aseguradora	Póliza
4.1	Mantener actualizado la compañía aseguradora o el intermediario de seguros sobre las adquisiciones que sean objeto de asegurar	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Comunicado
5	Cuando se presente un siniestro, la persona involucrada debe reportar al Técnico de Administrativo de almacén y bienes, mediante comunicado interno, su ocurrencia para que se proceda con el trámite pertinente ante la aseguradora.  El comunicado interno debe detallar todo lo sucedido y anexar los soportes que se tengan, que ilustren la situación presentada	Encargado del bien	Comunicado interno
6	Informar de inmediato a la compañía de seguros o al Intermediario de Seguros sobre la ocurrencia del siniestro ocurrido y envía la documentación soporte	Técnico Administrativo Almacén y bienes	Comunicado
7	Recibir y analizar la respuesta de la aseguradora, frente al pronunciamiento conforme a las condiciones pactadas en las pólizas, verificando quien y donde se va a realizar la reposición del bien o arreglo del mismo, posteriormente si la respuesta es positiva se traslada la aceptación al Intermediario de Seguros para ejecutar la garantía, si no, se radica la no conformidad, mediante comunicado.	Subdirector Administrativo y Financiero aseguradora	Informe
8	Con base a lo expuesto por la entidad en la no conformidad frente a la indemnización, la compañía aseguradora revisa nuevamente la indemnización propuesta y repite el paso 7	Subdirector Administrativo y Financiero aseguradora	
9	Ejecutar la Garantía: La compañía aseguradora aplica la indemnización correspondiente de acuerdo con las características del bien, al siniestro presentado y al cubrimiento de la póliza	Compañía aseguradora	
10	Reposición del bien: Se recibe la reposición del bien y se realiza el ingreso al inventario de la entidad.		

**Definiciones:**

**Compañía aseguradora:** Ente jurídico que hace el trámite entre la compañía de seguros y la entidad cliente.

**Cobertura:** Alcance de la póliza de seguros, sobre el bien que se desea asegurar.

**Deducible:** Es aquella parte del valor del bien, que debe pagar el asegurado sobre el porcentaje de cubrimiento de la póliza.

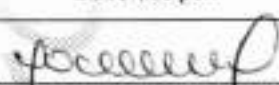
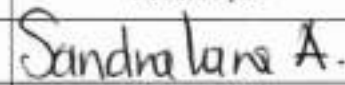
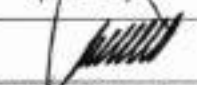
**Siniestro:** Es la materialización de un riesgo. Es cuando sucede lo que se está amparando en la póliza y es motivo de indemnización, por ejemplo, robo, choque, accidente, incendio, etc.

**Reclamación:** Es la solicitud de pago a una compañía de seguros, por un siniestro cubierto por una póliza.

**Riesgo:** Probabilidad de que suceda algún suceso que tendrá un impacto y unas consecuencias sobre los bienes de la entidad

**FORMATOS:**

- Listado con documentos
- Registro Proveedores

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolma Andrea López Ramírez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Profesional Universitario – Recursos Financieros	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Definir los lineamientos para la adquisición de bienes y servicios a través de la planificación y la disponibilidad presupuestal con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la entidad.

**Alcance:** Inicia con la solicitud de las necesidades a las dependencias interesadas. Continúa con la estructuración y aprobación del Plan Anual de Adquisiciones, y termina con la publicación del Plan Anual de Adquisiciones en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública - SECOP.

**Responsable:** Subdirección administrativa y financiera

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley Anual de presupuesto y su decreto reglamentario (para cada vigencia) "Por la cual se regula todo lo concerniente al presupuesto para la próxima vigencia".</li> <li>- Decreto 1082 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de Planeación Nacional"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía para Elaborar el Plan anual de adquisiciones, Colombia compra eficiente</li> <li>• Preguntas Frecuentes Plan anual de Adquisiciones, Colombia Compra Eficiente</li> <li>• Necesidades de bienes y servicios de las diferentes áreas</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA – políticas	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las dependencias deben remitir las necesidades de adquisición de bienes y servicios en el periodo de tiempo establecido.</li> <li>• La codificación de los bienes y servicios a incluir en el Plan Anual de Adquisiciones debe hacerse con base en la metodología establecida por Colombia Compra Eficiente, así como los formatos que allí se estipulen para la formulación del Plan.</li> <li>• Las dependencias interesadas deben tener en cuenta el presupuesto asignado, cuando se esté levantando la información para el Plan Anual de Adquisiciones.</li> <li>• Las adquisiciones que pretendan realizar las áreas misionales deben estar soportadas en un proyecto de inversión (Si aplica)</li> <li>• Con el fin de dar cumplimiento al Plan Anual de Adquisiciones cada dependencia será la encargada de adelantar los estudios previos y de mercado pertinentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Plan Anual de Adquisiciones se debe elaborar anualmente. Y éste debe estar elaborado y formulado a más tardar el 31 de enero del año en curso.</li> <li>• Se debe hacer seguimiento periódico al cumplimiento del plan Anual de adquisiciones, a través del plan de contratación.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Solicitud de Necesidades: Desde la Subdirección Administrativa, a través de comunicado interno se solicita a las diferentes dependencias de la ESE Hospital Carisma, el listado con las necesidades de adquisición de bienes y servicios que requieren para el año que inicia, estableciendo un tiempo limite para atender este requerimiento.	Subdirección Administrativa y Financiera	Comunicado interno
2	Consolidación: Se recibe el listado con las necesidades identificadas por las diferentes dependencias, se consolida y verifica que se ajuste al presupuesto de la entidad, completando la información requerida en el formato Plan Anual de Adquisiciones.	Profesional Universitario Recursos de Apoyo	Archivo en Excel
2.1	El Plan Anual de Adquisiciones debe incluir todas las contrataciones de bienes, servicios y obras públicas con cargo en los presupuestos de funcionamiento e inversión, sin importar la modalidad de selección del proceso. Sin importar la cuantía	Diferentes áreas	Verificación contratos
2.2	Dando cumplimiento al numeral 2.1, el personal vinculado a través de la contratación de servicios de apoyo debe ser incluido en el Plan Anual de Adquisiciones; el personal que compone la nómina de la entidad no debe ser incluido en el Plan Anual de Adquisiciones al no ser vinculado a través de procesos de contratación	nomina	
3	Aprobación: Consolidado el Plan Anual de Adquisiciones se entrega para el visto bueno y aprobación de la Subdirector Administrativo.	Subdirección Administrativa y Financiera - Profesional Universitario Recursos de Apoyo	Plan Anual de Adquisiciones Aprobado
3.1	Detalle de Bienes, obras o servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los bienes, obras y servicios que ha identificado plenamente</li> <li>- Las necesidades que ha identificado pero que desconoce el producto preciso que las satisface, caso en el cual debe incluir la descripción de la necesidad y los posibles códigos de los bienes y servicios que</li> </ul>	Todas las áreas	Plan Anual de Adquisiciones

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	podrían suplir la necesidad		
4	<p>Publicación: El plan anual d adquisiciones debe ser publicado antes del 31 de enero de cada vigencia.</p> <p>Cuando el Plan Anual de Adquisiciones se encuentre aprobado, se publica en el aplicativo web que disponga el Gobierno Nacional y en la página web de la entidad.</p>	Técnico Administrativo en Soporte Técnico	Plan Anual de Adquisiciones Publicado
5	<p>Actualización: Por ley, el Plan Anual de Adquisiciones debe ser actualizado como mínimo una vez al año antes del 31 de julio, sin embargo, las dependencias pueden solicitar a través de comunicado interno las modificaciones al Plan Anual de Adquisiciones las veces que sean necesarias, las cuales deben contener la debida justificación y aprobación</p>	Todas las dependencias	Comunicado interno y Plan Anual de Adquisiciones actualizado
5.1	El funcionario encargado del Plan Anual de Adquisiciones realiza la modificación al Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo con el requerimiento enviado por la dependencia	Profesional Recursos de Apoyo	Modificación del Plan Anual de Adquisiciones
5.2	<p>Una vez ajustado el Plan Anual de Adquisiciones con las modificaciones solicitadas, el profesional universitario de Recursos de Apoyo envía por correo electrónico a la Subdirección Administrativa, archivo con la relación de los cambios realizados para su aprobación.</p> <p>Éste a su vez, regresa a través del mismo medio comunicado con la aprobación de la modificación al Plan Anual de Adquisiciones</p>	Subdirección Administrativa y Financiera - Profesional Universitario Recursos de Apoyo	Correos electrónicos
5.3	Publicación de la modificación: Cuando las modificaciones al Plan Anual de Adquisiciones se encuentren aprobadas, se publica en el aplicativo web que disponga el Gobierno Nacional y en la página web de la entidad	Profesional Universitario Recursos de Apoyo – Técnico Administrativo Soporte Técnico	Plan Anual de Adquisiciones Actualizado

**DEFINICIONES:**

**PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES:** Plan general de compras al que se refiere el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 y el plan de compras al que se refiere la Ley Anual de Presupuesto. Es un instrumento de planeación contractual que las Entidades Estatales deben diligenciar, publicar y actualizar.

**SECOP (Sistema Electrónico para la Contratación Pública):** Es un sistema electrónico que permite a las entidades estatales cumplir con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales y permite a los interesados en participar en los procesos de contratación, proponentes, veedurías y a la ciudadanía en general, consultar el estado de los mismos.

**COTIZACIONES:** Es el valor que asigna un proveedor a sus bienes y/o servicios antes de efectuar la respectiva transacción comercial y éste sirve como término de comparación con los demás de su especie.

**Documentos de Referencia:**

- Manual de Compras y contratación
- Guía para elaborar un Plan Anual de Adquisiciones de Colombia Compra Eficiente. (<http://www.colombiacompra.gov.co>)
- Guía para la codificación de bienes y servicios de Colombia Compra Eficiente. (<http://www.colombiacompra.gov.co>)

**Formatos:**

- Formato de Necesidades
- Comunicado Interno

Riesgo	Consecuencias	Controles
Plan Anual sin aprobación		Plan Anual de Adquisiciones con las aprobaciones pertinentes
Plan Anual sin publicar	Sanción – Hallazgo	Registro publicación página web de la entidad y del aplicativo en el SECOP
Plan Anual sin actualizar	Incumplimiento a la normatividad	Registro actualización y publicación en página web de la entidad y del aplicativo en el SECOP

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolima Andrea López Ramírez	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	P. U. – Recursos de Apoyo	Desarrollo organizacional	Gerente



**Objetivo:** Proveer oportunamente con ropa hospitalaria en las condiciones higiénicas necesarias, el servicio de hospitalización para la prestación de los servicios a los pacientes de la entidad

**Alcance:** El procedimiento inicia con la contratación del tercero para recolección de la ropa sucia y contaminada, y termina con la entrega de la ropa limpia encada una de las áreas.

**Responsable:** Subdirección Administrativa y Financiera - Recursos de Apoyo

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrato de Prestación de Servicios</li> <li>- Recolección de la Ropa hospitalaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gorro, tapaboca y guantes</li> <li>- Bolsas plásticas</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de lavandería es condicionante de la seguridad de la atención en los servicios asistenciales de la ESE, por lo tanto, la entidad hace seguimiento al proceso para establecer el cumplimiento de los objetivos y la eficiencia institucional.</li> <li>• Es obligatorio el uso de guantes estériles para toda actividad que involucre potencial contacto con fluidos de pacientes, material contaminado o material que podrían causar daño.</li> <li>• Para la realización de cualquier actividad debe cumplir con el equipamiento preventivo personal (gorro, guantes, tapaboca).</li> </ul>	Ropa de uso hospitalario limpia

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Adelantar el proceso de contratación con persona natural o jurídica, que preste los servicios de Lavandería hospitalaria.	Subdirección Administrativa y Financiera	Procedo contractual
1.1	Designar supervisor del contrato	Gerente	Comunicado interno con designación
2	Firmar acta de inicio y pactar cronograma de recolección de la ropa hospitalaria de acuerdo las necesidades de a la entidad	Subdirección Administrativa y Financiera	Acta de inicio y cronograma de actividades
3	Cumplimiento del cronograma de recogida de ropa hospitalaria de la entidad	Contratista y Servicios Generales de la entidad	Cronograma
3.1	Recolectar y clasificar la ropa sucia y contaminada:	Personal de Servicios	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Depositándola en bolsas rojas respectivamente, y proceder a transportarla en el carro rojo utilizando la ruta de ropa sucia, al cuarto de lavandería	Generales	
3.2	Con la ropa clasificada (Sucia y contaminada), se procede a contar y pesar, registrando la cantidad por kilos y prendas en planilla de control de la entidad, y en el formato de remisión del contratista	Personal de Servicios Generales	Planilla control
3.3	Entregar Ropa: el personal de servicios generales de la entidad, realiza entrega clasificada y pesada al contratista	Personal de Servicios Generales – Contratista	Formato de Remisión del contratista
4	El contratista en su sede principal, realiza el procedimiento de desinfección, lavado, secado, planchado, empaque y reparación de la ropa hospitalaria.	Contratista	Ropa limpia y empacada
4.1	Entrega de la ropa: El contratista transporta desde su sede habitual de servicios, a la sede principal de la ESE hospital Carisma, la ropa hospitalaria una vez hayan sido desinfectadas, lavadas, secadas, reparadas, planchadas y empacadas, y son entregadas al personal de servicios generales de la ESE Hospital Carisma, quienes se encargan de contar y validar que regresen las prendas entregadas.	Contratista y Personal de Servicios Generales	Ropa limpia y empacada
4.2	El personal de servicios generales realiza la entrega de la ropa al personal encargado en el área de hospitalización, utilizando la ruta de ropa limpia	Personal de Servicios Generales – Personal de Hospitalización	Ropa limpia y empacada
5	El contratista entrega mensualmente la facturación con los debidos soportes del servicio prestado, para que el supervisor del contrato realice los trámites pertinentes.	Supervisor del contrato	Acta de Supervisión

#### DEFINICIONES:

**DESINFECCIÓN:** Proceso mediante el cual se eliminan muchos de los micro organismos patógenos de una superficie inanimada, excepto las formas esporuladas.

**LAVANDERÍA:** es un lugar donde se limpia la ropa, comúnmente se emplea agua y detergente.

**CONTAMINACIÓN:** es la alteración nociva del estado natural de un medio como consecuencia de la introducción de un agente ajeno a ese medio.

**CLASIFICAR:** Ordenar o disponer por clases.

**DETÉRGETE:** sustancia química con capacidad de eliminar la suciedad adherida a la superficie de los objetos inanimados o tejidos vivos.

**HIGIENE:** Conjunto de normas para evitar enfermedades o infecciones.

**ROPA SUCIA:** Se considera ropa sucia aquella que no ha tenido exposición a fluidos corporales como sangre, vomito etc.

**ROPA CONTAMINADA:** Se considera ropa contaminada a cualquier prenda que se encuentre en contacto íntimo con fluidos corporales.

**PROCESO DE LAVADO:** Proceso por medio del cual se remueve la suciedad y desinfecta la ropa que se recoge en los servicios.

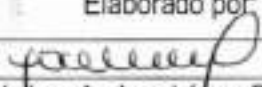
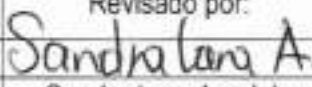

**SECADO:** Proceso en el que se elimina humedad en la ropa por medio acción mecánica y flujo de aire a 70°C.

**PLANCHADO:** Acondicionamiento y desinfección final de ropa a alta temperatura antes de ser dirigida de nuevo al servicio

**FORMATOS:**

- Planilla control de Ropa hospitalaria
- Remisión de Servicios Contratista

Riesgo	Consecuencias	Controles
Incumplimiento contractual	El servicio no es cumplido en los tiempos que se solicita.	Seguimiento a cronograma
Contacto o salpicaduras de sustancias y sangre	Capacitación al personal de servicios generales sobre el manejo de la ropa hospitalaria	Utilizar guantes, tapabocas, gorros, batas
Exposición a virus, bacterias y hongos	Capacitación al personal de servicios generales sobre el manejo de la ropa hospitalaria	Equipamiento preventivo personal.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolima Andrea López Ramírez	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	P. U. – Recurso de Apoyo	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Desarrollar el plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y la dotación de la entidad para garantizar su adecuado funcionamiento y contribuir a la calidad en los servicios de la institución.

**Alcance:** El procedimiento inicia con la elaboración del plan de mantenimiento anual, y finaliza con entregar el elemento de dotación al usuario y archivar los registros.

**Responsable:** Subdirección administrativa y financiera – Profesional Universitario recursos de Apoyo

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley Anual de presupuesto y su decreto reglamentario (para cada vigencia) "Por la cual se regula todo lo concerniente al presupuesto para la próxima vigencia".</li> <li>- Decreto 1082 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de Planeación Nacional"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de bienes y servicios de las diferentes áreas</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA – políticas	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de mantenimiento hospitalario es condicionante de la seguridad de la atención en los servicios asistenciales de la ESE, por lo tanto la entidad procura el mantenimiento y mejoramiento de los recursos y la tecnología necesario para desarrollar un proceso efectivo.</li> <li>• En la entidad se procura adecuar el proceso a los lineamientos normativos vigentes, para lo cual elabora anualmente un plan de mantenimiento, realiza una programación y le hace seguimiento a la ejecución para que contribuya eficazmente a la efectividad en los procesos institucionales.</li> <li>• Procurar el mantenimiento y mejoramiento de recursos y tecnología</li> <li>• Elaborar anualmente un plan de mantenimiento.</li> <li>• Programación y seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Plan Anual de Adquisiciones se debe elaborar anualmente. Y éste debe estar elaborado y formulado a más tardar el 31 de enero del año en curso.</li> <li>• Se debe hacer seguimiento periódico al cumplimiento del plan Anual de adquisiciones, a través del plan de contratación.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar el plan de mantenimiento, teniendo como referencia la estructura y los formatos del Decreto 1769 de 1994 y la Circular 029 de la Superintendencia nacional de salud. Para estructurar el Plan de mantenimiento se utiliza el formato de la Circular 029 que especifica: Descripción o Nombre del equipo, Localización, N° de inventario, Periodicidad, Fecha, Responsable y Actividades de mantenimiento	Subdirección Administrativa y Financiera – Profesional Recursos de Apoyo	Plan Anual de Mantenimiento
2	Ejecutar el Plan de Mantenimiento: Revisar el cronograma y determinar el área o elemento de dotación que corresponde según la fecha y periodicidad especificada en el Plan, para infraestructura, el equipo industrial de uso hospitalario, el equipo biomédico, los equipos de comunicaciones e informática:	Profesional Universitario Recursos de Apoyo	Cronograma
2.1	<b>Mantenimiento preventivo interno:</b> Según el servicio requerido, diligenciar el formato de reporte de mantenimiento. (Formato Infraestructura, Equipos, Vehículo).	Todas las dependencias	Plan Anual de Adquisiciones Aprobado
2.2.	Mantenimiento preventivo con asistencia técnica externa: Para mantenimientos preventivos de infraestructura y dotación, que requieren asistencia técnica externa, el gerente, con apoyo de la subdirección administrativa y financiera, hace la contratación del servicio, siguiendo los lineamientos del proceso de contratación y del asesor jurídico. Si es un elemento de dotación que está en periodo de garantía, se debe llamar al centro de servicio o persona responsable e informa el requerimiento  El mantenimiento mediante asistencia técnica externa tiene dos opciones, realizar el mantenimiento en las instalaciones o por fuera de ella.	Subdirección Administrativa y financiera	
2.2.1	La persona responsable (contratado o por garantía) viene a la institución, y el profesional universitario de	Profesional Recursos de Apoyo	Formato solicitud de mantenimiento

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	recursos de apoyo, con el acompañamiento del funcionario competente (Soporte en sistemas, Enfermero Jefe) realizan la entrega al contratista el elemento de dotación y el formato de reporte de mantenimiento hospitalario interno, dándole las instrucciones para que lo diligencie y lo devuelva, una vez realizado el mantenimiento, con el cual se soporta y recibe el elemento de dotación entregado para el mantenimiento.		
2.2.2	EL profesional de Recursos de Apoyo, con el acompañamiento del funcionario que solicita el servicio, realizan la entrega del elemento de dotación al técnico o centro de servicio, haciendo firmar el formato de quien recibe.	Profesional Recursos de Apoyo	Formato Solicitud de Mantenimiento y Oficio remisorio de entrega
4	Recibir el elemento de dotación y el reporte, según la fecha establecida, y una vez revisado y probado, se recibe el equipo, solicita el registro del mantenimiento realizado, se procede hacer firmar de quien entrega, el formato de solicitud de servicio de mantenimiento	Profesional Recursos de Apoyo y funcionario que genera la necesidad	Solicitud de mantenimiento  Reporte de mantenimiento por técnico externamente.
5	Entregar el elemento de dotación al operador o usuario	Profesional Recursos de Apoyo y funcionario que genera la necesidad	
6	Registro de la actividad: El funcionario que realiza o gestiona el mantenimiento, debe diligenciar el formato de reporte de mantenimiento y anexarlo a la hoja de vida del elemento respectivo si la tiene; si no lo debe entregar al profesional universitario de recursos de apoyo.	Funcionario responsable de realizar o gestionar el mantenimiento	Formato reporte de actividad

**DEFINICIONES:**

**INFRAESTRUCTURA:** Edificios, Instalaciones físicas, Redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales; Áreas adyacentes a las edificaciones y otros pertenecientes a la infraestructura.

**EQUIPO INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIO:** Plantas eléctricas, Equipos de lavandería y cocina, Calderas, Bombas de agua, Autoclaves y equipos de esterilización, Equipos de refrigeración y aire acondicionado, equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario, Otros equipos industriales, Equipos de Seguridad.

**EL EQUIPO BIOMÉDICO:** Se entiende como todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

**LOS EQUIPOS DE COMUNICACIONES E INFORMÁTICA:** Equipos de cómputo, Centrales telefónicas, Equipos de radiocomunicaciones, Equipos para el procesamiento, reproducción y transcripción de información, Todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario, Otros equipos de comunicaciones e informática.

**MANTENIMIENTO:** todas las acciones que tienen como objetivo mantener un artículo o restaurarlo a un estado en el cual pueda llevar a cabo alguna función requerida

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO:** Es aquel que se hace con anticipación y de manera programada con el fin de evitar desperfectos el mantenimiento preventivo consiste en dar limpieza general al equipo de cómputo y confirmar su correcto funcionamiento, en el caso de las computadoras, el mantenimiento se puede dividir en dos, el que se le da al equipo (físico) y el que se les da a los programas instalados (lógicos).

**MANTENIMIENTO CORRECTIVO:** Este mantenimiento se dará cuando exista una falla en el equipo de cómputo, y consiste en corregir el error ya sea físico o lógico. No necesariamente este tipo de mantenimiento incluye al preventivo, pero una vez corregido el error se puede aprovechar para prevenir otros.

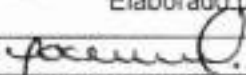
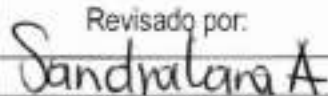

**Documentos de Referencia:**

- Decreto 1769 DE 1994, por el cual se determinan las normas para el mantenimiento hospitalario.
- Circular 029 de 1997 de la Súper Intendencia Nacional de Salud, sobre mantenimiento hospitalario
- Manual de Compras y contratación
- Plan Anual de Mantenimiento

**Formatos:**

- Formato Solicitud de Mantenimiento
- Cronograma de actividades

Riesgo	Consecuencias	Controles
No se aplica un plan de mantenimiento preventivo	Daños en infraestructura y equipos, lo que conllevan a una inadecuada prestación del servicios y detrimento patrimonial	Diseño y aplicación de un plan de mantenimiento que incluya las acciones preventivas periódicas, preferiblemente indicado para cada mes.  Efectuar control por parte de la coordinación del área logística exigiendo el informe de mantenimiento y verificando su aplicación.
Manipulación y empleo inadecuado de los equipos		Control preventivo mediante la aplicación de manuales y normas técnicas para el manejo de equipos.
Diagnóstico errado sobre los daños en los equipos		Capacitación, entrenamiento y actualización de conocimientos en cuanto al manejo de los equipos, para el personal que participa en el proceso.
Demoras en el mantenimiento o reparación de los equipos		Normalización y socialización del proceso de servicios de mantenimiento. Comunicación oportuna y eficaz con los centros de servicios o técnicos responsables del mantenimiento.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Yolima Andrea López Ramírez	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	P. U. - Recursos de Apoyo	Desarrollo Organizacional	Gerente





**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN  
GESTION DOCUMENTAL**

Código: CP-GD-GAD:04

Versión:01

Fecha actualización:13/03/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Administrar adecuada y oportunamente la documentación de la ESE Hospital Carisma.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital

**ALCANCE**

Inicia estableciendo las características y controles de los archivos de gestión; para su producción, manejo y organización hasta su disposición final.

**LIDER DEL PROCESO**

Alba Lucia Ospina Escobar- Auxiliar Administrativa

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Todas las dependencias  
Clientes externos

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA - ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO					INTERNO	EXTERNO
Direccionamiento Estratégico		Plan de gestión	P Identificar normas y definir criterios para la gestión documental.  Elaborar y/o actualizar la tabla de retención documental.  Asegurar la disponibilidad de recursos.  Identificar los recursos necesarios para la gestión documental.	Desarrollo organizacional  Talento humano archivo	Políticas institucionales de operación para gestión documental  Tablas de retención documental  Necesidades de recursos	Direccionamiento estratégico	
Usuarios Externos		Estructura Orgánica Funcional.				Comunicaciones	
Usuarios Internos		Manual de funciones.				Gestión documental	
Archivo General de la Nación		Directrices para la gestión documental.					

<p>Todos los procesos de la entidad.</p> <p>Gobernación de Antioquia.</p> <p>Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.</p> <p>Entes de Control</p> <p>Entidades Judiciales (Cortes, Tribunales y Juzgados).</p> <p>Personas naturales, jurídicas públicas y privadas.</p> <p>Usuarios de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Normatividad, políticas, directrices de la gestión documental y de la administración de archivos y correspondencia de la entidad.</p> <p>Comunicaciones oficiales recibidas y producidas en los diferentes soportes.</p> <p>Documentos de archivo en los diferentes soportes.</p> <p>Solicitudes de consulta y/o préstamos documentales.</p> <p>Solicitudes de actualización / modificación de instrumentos archivísticos.</p> <p>Planes de mejoramiento</p>	<p>P</p>	<p>Diseñar metodologías, y herramientas para la planeación de la gestión documental de la E.S.E. Hospital carisma: (planes, programas, proyectos y políticas.)</p>	<p>Asesora de proyectos</p> <p>Auxiliar Administrativa de Gestión Documental.</p>	<p>Instrumentos Archivísticos (Plan Institucional de Archivos – PINAR,</p> <p>Programa de Gestión Documental – PG.</p> <p>Tabla de Retención Documental -TRD.</p> <p>Tabla de Valoración Documental – TVD.</p> <p>Inventarios Único Documentales - IUD.</p> <p>Cuadros de Clasificación Documental – CCD.</p> <p>Informe de diagnóstico integral de archivos.</p> <p>Documentos organizados, conservados y preservados.</p> <p>Consultas atendidas de préstamo de documentos.</p>	<p>Todos los procesos de la entidad</p> <p>Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>Sistema Integrado de Gestión (SIG)</p> <p>Entes de Control.</p> <p>Usuarios de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Archivo General de la Nación.</p> <p>Personas naturales, jurídicas, públicas y privadas.</p>
---	---	----------	--	---	---	---

	<p>internos y externos.</p> <p>Plan de trabajo de eliminación documental.</p> <p>Auditorías internas y externas.</p> <p>Actos administrativos.</p> <p>Derechos de petición</p>			<p>Comunicaciones oficiales recibidas direccionadas a dependencias.</p> <p>Comunicaciones oficiales producidas despachadas a usuarios externos.</p> <p>Actos Administrativos comunicados, notificados y publicados</p>		
<p>Cliente interno y externo procesos</p>	<p>Tablas de retención documental</p> <p>Solicitud de asesoría y/o capacitación en la organización de los documentos en los archivos de gestión</p> <p>Solicitud de consulta de documentos.</p> <p>Recursos requeridos</p>	H	<p>Recepcionar y/o producir la documentación.</p> <p>Radicar y digitalizar la información recibida y producida en la entidad.</p> <p>Distribuir y tramitar la correspondencia.</p> <p>Conservar y custodiar los archivos de gestión, central e histórico.</p> <p>Asesorar y capacitar en la organización de los documentos en los archivos de gestión</p> <p>Coordinar la</p>	<p>Auxiliar administrativo archivo</p>	<p>Entrega de correspondencia generada por las áreas</p> <p>Custodia de documentos en el archivo de gestión central e histórico.</p> <p>Asesoría y capacitación en la entidad.</p> <p>Documentos controlados.</p> <p>Documentos conservados</p>	<p>Cliente o usuario externo</p>

			implementación (actualización y/o ajustes) de la tabla de retención documental)			
Proceso de gestión documental  Proceso de evaluación y control	-Registro de productos o Servicios no Conformes  -Indicadores de gestión Resultados de la gestión del proceso.  -Informes de auditoría  -Mapa de riesgos	V	Determinar, recopilar y analizar los productos o Servicios no conforme.  Realizar seguimiento y medición al proceso y al servicio (planes aplicables e indicadores).  Realizar interventoría a los servicios contratados.  Realizar acciones de autoevaluación (Informes de actividades, actas). Analizar los riesgos de mayor probabilidad	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	Análisis de la gestión del proceso.  Indicadores analizados  Riesgos controlados  Hallazgos de Auditoría analizados	Proceso Gestión documental  Proceso Análisis y Mejoramiento Continuo
Proceso de gestión documental	-Indicadores analizados -Hallazgos de Auditoría analizados	A	Aplicar acciones de mejora	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	Acciones Correctivas. Acciones Preventivas Acciones de Mejora (Planes de Mejoramiento)  (Desarrollo del PGD)	Proceso Evaluación Independiente  Proceso Mejoramiento Continuo.

**RECURSOS**

HUMANOS	TECNOLOGICOS	INFRAESTRUCTURA
Todos los funcionarios de la E.S.E. Hospital Carisma.	Sistema de correspondencia – SAIA XENCO SPARK Correo electrónico, equipos de cómputo, software, red interna, aplicaciones, Internet, sistemas de información y comunicación	Instalaciones locativas adecuadas para la prestación de los servicios, Oficinas dotadas Espacios con condiciones ambientales y de seguridad especiales para la conservación y protección de los documentos, estantería para almacenamiento de los documentos. Condiciones favorables y/o adecuadas en cuanto a temperatura.
CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO		
¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?
Oportunidad en el recibo y entrega de correspondencia.	Cumplimiento del tiempo establecido para la entrega de la correspondencia.	Archivo mediante registro
Custodia y protección de la Información.	Evitando la pérdida o destrucción de información	Archivo mediante Inventario Documental
Oportunidad en la entrega de correspondencia generada por la administración.	Cumplimiento del tiempo establecido para la entrega de la correspondencia.	Archivo mediante Planilla de entrega de correspondencia
Oportunidad en la consulta de documentos en el archivo central.	Registrando las consultas de los documentos en archivo (formato afuera)	Archivo mediante Registro de consultas
INFORMACIÓN DOCUMENTADA		
Eje Transversal de Información y Comunicación		
[Empty space for additional information]		

**CONTROL DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO**

<b>Riesgo</b>	<b>Acciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>
Retrasos o demora en la Gestión de los documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se capacita al personal( planilla de asistencia)</li> <li>○ Se tienen tiempos establecidos para la entrega de documentos</li> <li>○ Se diligencian planillas de devoluciones y entrega de documentos.</li> <li>○ Capacitación continúa para el personal de Gestión Documental, Recepción y envío de documentos.</li> <li>○ Verificación periódica del diligenciamiento de las planillas de registros.</li> </ul>	Semestral  100% de Gestión oportuna de los documentos	Auxiliar Administrativa – Gestión Documental
Robo y/o pérdida de documentos e información	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hacer seguimiento a la devolución de los documentos y a la ficha de afuera.</li> <li>○ Verificar el estado e integridad de los documentos al ser devueltos.</li> <li>○ Una vez recibido y radicado el documento y que éste no llegue al destinatario.</li> <li>○ Que una vez el documento se encuentre en el Archivo central éste se extravie.</li> <li>○ Expedientes debidamente foliados.</li> </ul>	Trimestral. o documentos perdidos e información contenida en ellos.	
Incumplimiento en transferencias documentales primarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las dependencias no realizan el procedimiento de transferencias de documentos al Archivo Central.</li> </ul>	Trimestral – primer trimestre del año	
Deterioro de los documentos de Archivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ En el transcurso del ciclo vital, los documentos de archivo se deterioran normalmente.</li> <li>○ Condiciones inadecuadas de manejo y conservación agravan la situación.</li> </ul>		
Uso indebido de la Información Confidencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hace referencia a la susceptibilidad del Sistema de información en la manipulación o adulteración, por la falta de ética y transparencia de los funcionarios en el manejo del mismo.</li> </ul>		

**INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO**

Indicador	Formula	Meta	Frecuencia/ Revisión	Responsable
Correspondencia enviada	$\text{N}^\circ \text{ de Correspondencia enviada tramitada} / \text{N}^\circ \text{ de Correspondencia total enviada} \times 100$	100%	mensual	Auxiliar Administrativa – Gestión Documental
Correspondencia recibida tramitada	$\text{N}^\circ \text{ de Correspondencia recibida tramitada} / \text{N}^\circ \text{ de Correspondencia total recibida} \times 100$		mensual	
Documentos transferidos del Archivo de Gestión al Archivo Central	$\text{N}^\circ \text{ de documentos transferidos al Archivo Central} / \text{N}^\circ \text{ de documentos a transferir al Archivo Central} \times 100$		semestral	

**CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)**

Listado maestro

**Objetivo:** Definir los planes, programas, políticas e instrumentos archivísticos mediante las directrices definidas por los órganos rectores, en concordancia con la planeación institucional y la naturaleza del patrimonio documental institucional para el mejoramiento continuo en la gestión de los documentos, durante todo su ciclo vital.

**Alcance:** Inicia con la identificación de necesidades y requerimientos de gestión documental, continúa con la definición de los planes, programas, proyectos e instrumentos archivísticos y termina con la implementación de los planes, programas, proyectos e instrumentos archivísticos en gestión documental.

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo del Centro Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Recepción y clasificación de las comunicaciones oficiales	Equipo de cómputo, escáner, impresora, Software de Gestión Documental SAIA.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Ley 594 del 2000 del Congreso de la República, "por la cual se expide la Ley General de Archivos y otras disposiciones."</p> <p>Artículo 4º. Principios generales. Los principios generales que rigen la función archivística son los siguientes:</p> <p>a) Fines de los archivos. El objetivo esencial de los archivos es el de disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y como fuente de la historia;</p> <p>Por lo mismo, los archivos harán suyos los fines esenciales del Estado, en particular los de servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y los de facilitar la participación de la comunidad y el</p>	Correspondencia recepcionada, clasificada y radicada.



control del ciudadano en las decisiones que los afecten, en los términos previstos por la ley;

b) Importancia de los archivos. Los archivos son importantes para la administración y la cultura, porque los documentos que los conforman son imprescindibles para la toma de decisiones basadas en antecedentes. Pasada su vigencia, estos documentos son potencialmente parte del patrimonio cultural y de la identidad nacional;

c) Institucionalidad e instrumentalidad. Los documentos institucionalizan las decisiones administrativas y los archivos constituyen una herramienta indispensable para la gestión administrativa, económica, política y cultural del Estado y la administración de justicia; son testimonio de los hechos y de las obras; documentan las personas, los derechos y las instituciones. Como centros de información institucional contribuyen a la eficacia, eficiencia y secuencia de las entidades y agencias del Estado en el servicio al ciudadano;

d) Responsabilidad. Los servidores públicos son responsables de la organización, conservación, uso y manejo de los documentos.

Los particulares son responsables ante las autoridades por el uso de los mismos.

e) Dirección y coordinación de la función archivística. El Archivo General de la Nación es la entidad del Estado encargada de orientar y coordinar la función archivística para coadyuvar a la eficiencia de la gestión del Estado y salvaguardar el patrimonio documental como parte integral de la riqueza cultural de la Nación, cuya protección es obligación del Estado, según lo dispone el título I de los principios fundamentales de la Constitución Política;

f) Administración y acceso. Es una obligación del Estado la administración de los archivos públicos y un derecho de los ciudadanos el acceso a los mismos, salvo las excepciones que establezca la ley;

g) Racionalidad. Los archivos actúan como elementos fundamentales de la racionalidad de la administración pública y como agentes dinamizadores de la acción estatal. Así mismo, constituyen el referente natural de los procesos informativos de aquélla;

h) Modernización. El Estado propugnará por el fortalecimiento de la infraestructura y la organización de sus sistemas de información, estableciendo programas eficientes y actualizados de administración de documentos y archivos;

i) Función de los archivos. Los archivos en un Estado de Derecho cumplen una función probatoria, garantizadora y perpetuadora;

j) Manejo y aprovechamiento de los archivos. El manejo y aprovechamiento de los recursos informativos de archivo responden a la naturaleza de la administración pública y a los fines del Estado y de la sociedad, siendo contraria cualquier otra práctica sustitutiva;

k) Interpretación. Las disposiciones de la presente ley y sus derechos reglamentarios se interpretarán de conformidad con la Constitución Política y los tratados o convenios internacionales que sobre la materia celebre el Estado colombiano.

Artículo 6º. De los planes y programas. Las entidades integrantes del Sistema Nacional de Archivos, de acuerdo con sus funciones, llevarán a cabo los procesos de planeación y programación y desarrollarán acciones de asistencia técnica,

ejecución, control, seguimiento y coordinación, así:

a) La planeación y programación la formularán las instituciones archivísticas de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo y los planes sectoriales del respectivo ministerio y de las entidades territoriales;

b) La asistencia técnica estará a cargo del Archivo General de la Nación, los consejos territoriales de archivos, los comités técnicos, las entidades de formación de recurso humano, las asociaciones y las entidades públicas y privadas que presten este servicio;

c) La ejecución, seguimiento y control de los planes y programas de desarrollo serán responsabilidad de los archivos del orden nacional, territorial y de las entidades descentralizadas directas e indirectas del Estado;

d) La coordinación corresponde al Archivo General de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley y sus normas reglamentarias.

Artículo 21. Programas de gestión documental. Las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos.

Revisar periódicamente los planes, programas y proyectos para ajustarlos a los cambios normativos a que haya lugar.

**Ley 1712 de 2014 del Congreso de la República," por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del Derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones".**

Aplica toda la Ley.

Se deben diseñar, promocionar e implementar políticas de acceso a la información pública, a través de los distintos formatos, medios y mecanismos.

**Decreto 1080 de 2015. Ministerio de Cultura. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura. Diario Oficial 49.523.**

Aplica el PARTE VIII Patrimonio Bibliográfico, Hemerográfico, Documental y Archivístico; TÍTULO II: Patrimonio Archivístico, los CAPÍTULO V: Gestión de Documentos, CAPÍTULO VI: El Sistema de Gestión Documental, CAPÍTULO VII: La Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo, CAPÍTULO VIII: Articulación con otros Organismos y Entidades del Estado.

La entidad debe implementar el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, como marco de referencia de la función archivística con objetivos de corto, mediano y largo plazo.

**Acuerdo 004 de 2013 del Archivo General de la Nación, "Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención"**

Aplica todo el Acuerdo.

Se deben elaborar las Tablas de Retención Documental, según las pautas establecidas en el Acuerdo.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	<p><b>Identificar las necesidades y los requerimientos de la Gestión Documental de la Entidad.</b></p> <p>Realizar el diagnóstico sobre la Gestión Documental, teniendo en cuenta el estado actual del archivo, los procedimientos, metodologías y guías que se utilizan en la entidad, así como los informes generados por la Oficina de Control Interno, La Contraloría General de Antioquia o las auditorías internas.</p> <p>Con base en la información recopilada y el análisis realizado, se genera un informe de la situación y en éste se deben proponer acciones de mejoramiento orientadas a solucionar las necesidades y requerimientos identificados.</p>	<p>Auxiliar Administrativa - Gestión Documental</p>	<p>Informe de diagnóstico</p>
2	<p><b>Formular los planes, programas, proyectos y políticas de la gestión documental</b></p> <p>A partir del análisis realizado y las acciones planteadas, se elaboran los distintos planes, se generan políticas, se formulan proyectos y Programas en Gestión Documental, incluyendo todas las actividades que se requieran para el adecuado manejo de la documentación producida o ingresada a la entidad, para facilitar su utilización y conservación.</p> <p>El Programa de Gestión Documental PGD debe ser aprobado por el Comité de Archivo.</p>	<p>Auxiliar Administrativa - Gestión Documental</p> <p>Comité de Archivo</p>	<p>Documento del plan, programa o proyecto</p>
3	<p><b>Definir, actualizar, ajustar y publicar los instrumentos archivísticos.</b></p> <p>Crear, revisar y ajustar periódicamente los instrumentos archivísticos (Formato Tabla de Retención Documental, Cuadro de Clasificación Documental - CCD), las normas legales vigentes establecidas por el ente rector y las normas al interior de la Entidad.</p> <p><b>Elaborar y/o actualizar la Tabla de Retención</b></p>	<p>Auxiliar Administrativa - Gestión Documental</p>	<p>Instrumentos archivísticos (Tabla de Retención Documental Código Cuadro de Clasificación Documental) actualizados y publicados Tabla de Retención</p>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p><b>Documental y los Cuadros de Clasificación Documental.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando la dependencia realice el requerimiento de creación y/o actualización de la Tabla de Retención Documental y éste sea viable, se realizará conjuntamente mesa de trabajo entre dependencia solicitante y Gestión Documental.</li> </ol> <p>El producto de la gestión de la mesa de trabajo, será el registro del formato denominado Entrevista de Producción Documental.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Para creación y/o modificación de los tipos documentales la dependencia productora realiza el requerimiento, mediante el formato solicitud para creación y/o ajuste de TRD y Gestión Documental responde a través de comunicación interna, la creación del tipo documental con la estructura pertinente si es el caso, el memorando debe contener la justificación que sustenta el rechazo de la solicitud si no es viable.</li> <li>3. Si la gestión corresponde a un ajuste, se consignarán en el aparte control de cambios del formato Tablas de Retención Documental y del Cuadro de Clasificación Documental.</li> </ol> <p>La elaboración y/o actualización de las Tablas de Retención Documental y de los Cuadros de Clasificación Documental, será obligatorio para las dependencias nuevas y fusionadas.</p>	<p>Auxiliar Administrativa Gestión Documental</p>	<p>Documental.</p> <p>Entrevista de producción documental.</p> <p>Solicitud para creación y/o ajuste de TRD.</p>
4	<p><b>Elaborar la Tabla de Valoración Documental.</b></p> <p>La Auxiliar Administrativa -Gestión Documental, realiza la revisión y ajuste del formato Tabla de Valoración Documental, para su aplicación en la organización del fondo documental acumulado.</p>	<p>Auxiliar Administrativa Gestión Documental</p> <p>Comité de Archivo</p>	<p>Tabla de Valoración Documental.</p>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	La Tabla de Valoración Documental debe ser aprobada en el Comité de Archivo.		
5	<p><b>Elaborar y/o actualizar el proceso, los procedimientos y formatos de la Gestión Documental</b></p> <p>Definir y/o actualizar los procesos, procedimientos y formatos en Gestión Documental, según las necesidades del área de Gestión Documental.</p> <p>La aprobación y adopción de los procesos, procedimientos, instructivos y formatos se deben realizar acorde a los lineamientos de la Oficina de Desarrollo Organizacional.</p>	<p>Auxiliar Administrativa - Gestión Documental</p>	<p>Acto Administrativo que oficializa la actualización, creación u aprobación de documentos</p>
6	<p><b>Aprobar y adoptar planes, programas, proyectos e instrumentos de Gestión Documental</b></p> <p>1. Aprobación: La aprobación debe ser realizada según corresponda, por la Gerencia y el Comité de Archivo de la ESE Hospital Carisma.</p> <p>2. Adopción La ESE Hospital Carisma expide la Resolución de adopción sobre el plan, programa, proyecto o instrumento.</p>	<p>Auxiliar Administrativa - Gestión Documental</p> <p>Comité de Archivo</p>	<p>Acto Administrativo</p>
7	<p><b>Publicar y ejecutar planes, programas, proyectos o instrumentos archivísticos de Gestión Documental</b></p> <p>De acuerdo al plan, programa, proyecto, política o instrumento (s) archivístico(s) aprobado(s), se desarrollan de acuerdo a los objetivos y cronograma planeados para luego ser socializados y publicados via web o intranet, según las normas archivísticas legales vigentes.</p>	<p>Auxiliar Administrativa - Gestión Documental</p> <p>Comunicaciones</p>	<p>Políticas o Instrumentos socializados, publicados.</p>
8	<p><b>Realizar seguimiento a los planes, proyectos, programas y políticas de Gestión Documental</b></p>	<p>Auxiliar Administrativa -</p>	<p>Informes de seguimiento</p>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>A través de auditorías de seguimiento y control, Gestión Documental verifica el cumplimiento de las políticas establecidas y se elaboran los informes correspondientes.</p> <p>Del seguimiento realizado deben generarse acciones de mejora que subsanen las situaciones identificadas como fallas en el proceso de la Gestión Documental.</p> <p>A su vez, la Oficina de Control Interno en sus Auditorías, deberá evaluar la eficiencia, eficacia y la efectividad en la aplicación de los planes, programas, proyectos y/o instrumentos archivísticos.</p>	Gestión Documental	Informes de auditoría

**Definiciones:**

**ARCHIVO:** Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia. También se puede entender como la institución que ésta al servicio de la gestión administrativa, la información, la investigación y la cultura.

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO:** Instancia orientadora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en donde se discutirán todos los temas referentes a las políticas de desarrollo administrativo y demás componentes del modelo. Este comité sustituirá los demás comités que tengan relación con el modelo y no sean obligatorios por mandato legal.

**DIAGNOSTICO:** Etapa inicial del proceso de planeación que consiste en un análisis crítico de la entidad o dependencia y de su entorno a partir de la recolección, clasificación y análisis de los elementos que los conforman con el objetivo de identificar sus logros, necesidades y problemas. Para el entorno, estos suelen interpretarse como amenazas u oportunidades y para la entidad o dependencia, como fortalezas o debilidades.



**DOCUMENTO:** Información registrada, cualquiera que sea su forma o el medio utilizado.

**DOCUMENTO DE ARCHIVO:** Registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus actividades o funciones. Documento esencial:

**GESTIÓN DOCUMENTAL:** Conjunto de actividades administrativas y técnicas, tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

**INSTRUMENTO ARCHIVISTICO:** Herramienta con propósito específico, que tienen por objeto apoyar el adecuado desarrollo e implementación de la archivística y la gestión documental.

**MEJORAMIENTO CONTINUO:** Conjunto de estrategias, disposiciones, actividades y mecanismos encaminados a la actualización y adecuación permanente de la gestión documental a las exigencias del contexto (interno y externo). El mejoramiento permite la evolución efectiva del sistema de gestión documental y se apoya en las directrices de desarrollo de la entidad y en el resultado de las evaluaciones de esta gestión. Debe estar articulado con el plan de mejoramiento institucional.

**PLAN:** Instrumento que permite determinar objetivos, metas prioridades y estrategias de manera general definidas para un periodo de tiempo.

**PLANEACION:** En términos públicos, es la orientación adecuada de los recursos procurando el cumplimiento de objetivos de desarrollo económico y social.

**POLITICA:** Criterios generales que tienen por objetivo orientar la acción que guía a los miembros de una organización en la conducta de su operación; algunas responden a lineamientos de tipo legal.

**PROGRAMA:** Es un enunciado de las actividades o pasos necesarios para la realización de un (os) objetivo (s) de un plan. Generalmente, los programas se orientan por un objetivo estratégico y pueden implicar la reestructuración de la organización o institución como un todo o unidades funcionales de la misma.

**PROGRAMA DE GESTION DOCUMENTAL (PGD):** Es un documento estratégico de la gestión documental, en el cual se establece para la entidad las estrategias que permitan a corto, mediano y largo plazo: la implementación y el mejoramiento de la prestación de servicios, desarrollo de los procedimientos, la implementación de programas específicos del proceso de gestión documental.

**TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL:** Listado de series, con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los

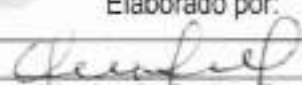
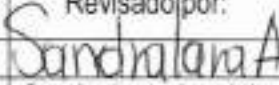

documentos. Las tablas de retención documental pueden ser generales o específicas de acuerdo a la cobertura de las mismas. Las generales se refieren a documentos administrativos comunes a cualquier institución. Las específicas hacen referencia a documentos característicos de cada Organismo.

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alba Lucia Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Centro Documental	Desarrollo organizacional	Gerente

**Objetivo:** Proporcionar los lineamientos para recepcionar, radicar, digitalizar, direccionar y dar respuesta a las comunicaciones internas y externas recibidas a través de los canales dispuestos para tal fin.

**Alcance:** Inicia con la recepción del documento, ingresa al sistema y reparto para el trámite respectivo por el área asignada tanto para la correspondencia externa como interna y finaliza con el envío de los documentos para archivo.

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo de Gestión Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Recepción y clasificación de las comunicaciones oficiales	Equipo de cómputo, escáner, impresora, Software de Gestión Documental SAIA.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Ley 594 del 2000 del Congreso de la República, "por la cual se expide la Ley General de Archivos y otras disposiciones."</p> <p>Artículo 4°. Principios generales. Los principios generales que rigen la función archivística son los siguientes:</p> <p>a) Fines de los archivos. El objetivo esencial de los archivos es el de disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y como fuente de la historia;</p> <p>Por lo mismo, los archivos harán suyos los fines esenciales del Estado, en particular los de servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y los de facilitar la participación de la comunidad y el control del ciudadano en las decisiones que los</p>	Correspondencia recepcionada, clasificada y radicada.

afecten, en los términos previstos por la ley;

b) Importancia de los archivos. Los archivos son importantes para la administración y la cultura, porque los documentos que los conforman son imprescindibles para la toma de decisiones basadas en antecedentes. Pasada su vigencia, estos documentos son potencialmente parte del patrimonio cultural y de la identidad nacional;

c) Institucionalidad e instrumentalidad. Los documentos institucionalizan las decisiones administrativas y los archivos constituyen una herramienta indispensable para la gestión administrativa, económica, política y cultural del Estado y la administración de justicia; son testimonio de los hechos y de las obras; documentan las personas, los derechos y las instituciones. Como centros de información institucional contribuyen a la eficacia, eficiencia y secuencia de las entidades y agencias del Estado en el servicio al ciudadano;

d) Responsabilidad. Los servidores públicos son responsables de la organización, conservación, uso y manejo de los documentos.

Los particulares son responsables ante las autoridades por el uso de los mismos.

e) Dirección y coordinación de la función archivística. El Archivo General de la Nación es la entidad del Estado encargada de orientar y coordinar la función archivística para coadyuvar a la eficiencia de la gestión del Estado y salvaguardar el patrimonio documental como parte integral de la riqueza cultural de la Nación, cuya protección es obligación del Estado, según lo dispone el título I de los principios fundamentales de la Constitución Política;

f) Administración y acceso. Es una obligación del

Estado la administración de los archivos públicos y un derecho de los ciudadanos el acceso a los mismos, salvo las excepciones que establezca la ley;

g) Racionalidad. Los archivos actúan como elementos fundamentales de la racionalidad de la administración pública y como agentes dinamizadores de la acción estatal. Así mismo, constituyen el referente natural de los procesos informativos de aquella;

h) Modernización. El Estado propugnará por el fortalecimiento de la infraestructura y la organización de sus sistemas de información, estableciendo programas eficientes y actualizados de administración de documentos y archivos;

i) Función de los archivos. Los archivos en un Estado de Derecho cumplen una función probatoria, garantizadora y perpetuadora;

j) Manejo y aprovechamiento de los archivos. El manejo y aprovechamiento de los recursos informativos de archivo responden a la naturaleza de la administración pública y a los fines del Estado y de la sociedad, siendo contraria cualquier otra práctica sustitutiva;

k) Interpretación. Las disposiciones de la presente ley y sus derechos reglamentarios se interpretarán de conformidad con la Constitución Política y los tratados o convenios internacionales que sobre la materia celebre el Estado colombiano.

Artículo 6°. De los planes y programas. Las entidades integrantes del Sistema Nacional de Archivos, de acuerdo con sus funciones, llevarán a cabo los procesos de planeación y programación y desarrollarán acciones de asistencia técnica, ejecución, control, seguimiento y coordinación, así:

a) La planeación y programación la formularán las instituciones archivísticas de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo y los planes sectoriales del respectivo ministerio y de las entidades territoriales;

b) La asistencia técnica estará a cargo del Archivo General de la Nación, los consejos territoriales de archivos, los comités técnicos, las entidades de formación de recurso humano, las asociaciones y las entidades públicas y privadas que presten este servicio;

c) La ejecución, seguimiento y control de los planes y programas de desarrollo serán responsabilidad de los archivos del orden nacional, territorial y de las entidades descentralizadas directas e indirectas del Estado;

d) La coordinación corresponde al Archivo General de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley y sus normas reglamentarias.

Artículo 21. Programas de gestión documental. Las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos.

Revisar periódicamente los planes, programas y proyectos para ajustarlos a los cambios normativos a que haya lugar.

**Ley 1712 de 2014 del Congreso de la República," por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del Derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones".**

Aplica toda la Ley.

Se deben diseñar, promocionar e implementar políticas de acceso a la información pública, a través de los distintos formatos, medios y mecanismos.

**Decreto 1080 de 2015. Ministerio de Cultura. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura. Diario Oficial 49.523.**

Aplica el PARTE VIII Patrimonio Bibliográfico, Hemerográfico, Documental y Archivístico; TÍTULO II: Patrimonio Archivístico, los CAPÍTULO V: Gestión de Documentos, CAPÍTULO VI: El Sistema de Gestión Documental, CAPÍTULO VII: La Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo, CAPÍTULO VIII: Articulación con otros Organismos y Entidades del Estado.

La entidad debe implementar el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, como marco de referencia de la función archivística con objetivos de corto, mediano y largo plazo.

**Acuerdo 004 de 2013 del Archivo General de la Nación, "Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención"**

Aplica todo el Acuerdo.

Se deben elaborar las Tablas de Retención Documental, según las pautas establecidas en el Acuerdo.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
<b>CORRESPONDENCIA EXTERNA</b>			
1	Recibir las comunicaciones externas de acuerdo con las responsabilidades definidas en el presente procedimiento.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
2	¿La comunicación se encuentra dirigida a la entidad? Sí, continúe con el siguiente paso No, informar al usuario y finaliza el procedimiento	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
3	Ingresar al sistema la información del remitente y la información general del documento y verificar el número de folios.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
4	Generar el número de referencia o identificación del documento para seguimiento del trámite en el sistema utilizado.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	Sistema utilizado SAIA
5	Escribir número de referencia o identificación de documento o poner el sticker, sello de recibido indicando el número de folios, devolviendo la copia y reteniendo la original.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	Sistema utilizado SAIA
6	Direccionar al área correspondiente para continuar con el trámite a través del sistema especializados de gestión.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	Sistema utilizado SAIA
7	Realizar la remisión de los radicados para archivo central, diligenciando el "formato de remisión de Correspondencia".	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
8	Recibir documentos físicos de las comunicaciones allegadas a la entidad.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
9	Recibir y verificar los documentos y continuar con el	Auxiliar	



No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	procedimiento de "Gestión de archivo documental"	Administrativa - Gestión Documental	
10	Recibir a través del sistema los radicados asignados y realizar reparto para el respectivo trámite	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
11	Analizar, gestionar y proyectar respuesta, asignar número de radicado al trámite en gestión.	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental Diferentes Áreas	
12	¿Se requiere generar comunicación? Si continúe con la siguiente actividad. No; vaya a la actividad 19		
<b>CORRESPONDENCIA INTERNA</b>			
13	Identificar la necesidad y realizar la solicitud de información o generar la comunicación.	Diferentes Áreas	
14	Recibir a través del sistema o correo electrónico o comunicación interna y realizar reparto para el respectivo trámite.	Diferentes Áreas	
15	Analizar, gestionar y proyectar respuesta al trámite en gestión.	Diferentes Áreas	
16	Revisar, aprobar y firmar respuesta.	Diferentes Áreas	
17	Realizar envío y entrega al cliente interno	Diferentes Áreas	
18	Revisar, aprobar y firmar respuesta.	Diferentes Áreas	
19	Realizar envío y entrega al cliente externo	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
20	¿Fue efectiva la entrega del documento? Si, finaliza el procedimiento. No, regresa a la actividad 10	Auxiliar Administrativa - Gestión Documental	
21	Archivar todos los documentos generados de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de Gestión de archivo documental	Diferentes Áreas	

**DEFINICIONES:**

**CORRESPONDENCIA DE ENTRADA:** Es toda la comunicación escrita dirigida a la Unidad.

**CORRESPONDENCIA DE SALIDA:** Es toda comunicación escrita de la Unidad dirigida a las entidades, empresas, víctimas y ciudadanos.

**CORRESPONDENCIA INTERNA:** Es la comunicación escrita o memorando que surge del trámite entre las dependencias de la Unidad.

**DOCUMENTO PUBLICO:** Es aquel documento creado, producido y/o tramitado por un funcionario público en ejercicio de las funciones de su cargo o con su intervención.

**GUIA DE RECIBO:** Es el comprobante de envío y recibo en original y copia que queda como constancia del servicio postal en el que se registran los datos del remitente y destinatario. Es usado para el correo recibido o enviado hacia afuera de la Unidad.

**PUNTOS DE RADICACION DE CORRESPONDENCIA:** Lugar físico donde se reciben y radican los documentos dirigidos a la Unidad.

**RADICACION:** Es el procedimiento por medio del cual las entidades asignan un número consecutivo a las comunicaciones recibidas o producidas, dejando constancia de la fecha y hora de recibo o envío.

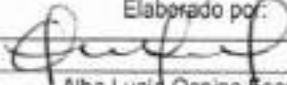
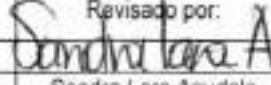
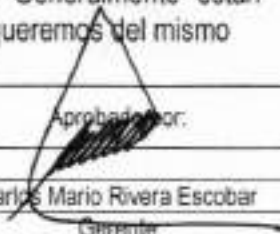
**TRAMITE ESPECIAL:** Derechos de petición, Acciones de tutela, notificaciones, recursos, invitación es y documentos de los entes de control y corporaciones públicas que son de entrega inmediata.

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo.

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad que queremos del mismo

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alba Lucía Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Desarrollo organizacional	Gerente

**Objetivo:** Normalizar el procedimiento de transferencia de documentos físicos de los Archivos de Gestión al Archivo Central de la ESE Hospital Carisma en concordancia con las Tablas de Retención Documental.

**Alcance:** Este procedimiento se inicia con la elaboración del cronograma de Transferencia documental y termina con el recibido de la documentación de las dependencias productoras al Archivo Central, una vez haya cumplido su tiempo de retención según las Tablas de Retención Documental.

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo del Centro Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Solicitud de consulta o préstamo de documentos por clientes interno o externo.	Equipo de cómputo, escáner, impresora, Software de Gestión Documental SAIA.  Formato de afuera, formato de autorización de fotocopias, fotocopidora.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Acuerdo 012 del 16 de Octubre de 1991.</li> <li>•Ley 594 de 2000, Art. 24. Ley General de Archivos.</li> <li>•Tablas de Retención y transferencias documentales, Mini-Manual No. 4. Archivo general de la Nación, 2001.</li> <li>• Acuerdo 039 de 2002. Consejo Directivo del Archivo General de la Nación "Por el cual se regula el procedimiento para la elaboración y aplicación de las Tablas de Retención Documental en desarrollo del Artículo 24 de la Ley 594 de 2000".</li> <li>•Guía para la Implementación de un programa de gestión documental. Archivo General de la Nación, 2006.</li> <li>•ACUERDO 4 marzo 15 de 2013 (Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para</li> </ul>	<p>Usuario con consulta satisfecha. Documento devuelto oportunamente a Gestión Documental.</p>

la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental).

- DECRETO 2578 DE 2012(diciembre 13)Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Archivos, se establece la Red Nacional de Archivos, se deroga el Decreto número4124de 2004 y se dictan otras disposiciones relativas a la administración de los archivos del Estado.

- DECRETO 2609 DE 2012 (diciembre14) Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley594de 2000, parcialmente los artículos58y59de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado.

- ACUERDO 07 DE 1994 Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos.

- ACUERDO 46 DE 2000. Por el cual se establece el procedimiento para la eliminación de documentos"

- Formato Único de Inventario Documental

- Decreto 1080 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura"

- Acuerdo 004 del 21 de Abril de 2015"Por el cual se reglamenta la administración integral, control, conservación, posesión, custodia y aseguramiento de los documentos públicos relativos a los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario que se conservan en archivos de entidades del Estado.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar cronograma de transferencias al inicio de cada año.(de acuerdo a los tiempos estipulados en las TRD)	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Cronograma de Transferencias Documentales/Tabla de Retención

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
			Documental-TRD
2	Citar a Comité de Archivo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Citación
3	Solicitar aprobación del Comité de Archivo. 1. Si el comité decide aprobar el cronograma continuo con la actividad No.5. 2. No la decisión del Comité es la desaprobación del cronograma se continúa con la actividad No.4.	Comité archivo	Acta de Reunión y listado de asistencia.
4	Revisar argumentación por la cual la desaprobación del Comité para validarlo, iniciar nuevamente desde la actividad 2		Acta de Reunión
	Divulgar a las oficinas productoras involucradas el concepto de aprobación, con anexo del cronograma de transferencias.	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Divulgación del Concepto
	Preparar físicamente los Documentos a transferir. <b>(Ver procedimiento de organización de archivo).</b>	Dependencia	N/A.
	Realizar visita a las oficinas productoras que solicitaron las transferencias documentales.	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Acta de Visita
	Verificar que las series documentales que son enviadas estén debidamente relacionadas en el Inventario Documental y cumplan con los tiempos de retención. 1. Si la documentación a transferir cumple con los términos de retención documental y si está bien relacionado en el FUID continua con la actividad No.9. 2. No, la documentación a transferir no cumple con los términos de retención documental y no está correctamente organizada se procede a realizar Actividad No. 6.	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Formato Único de Inventario documental FUID
	Recepcionar físicamente en el Archivo Central las transferencias provenientes de las oficinas productoras	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Formato Único de Inventario Documental/Archivo de documentos

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Verificar los inventarios documentales que trae cada caja de archivo.	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Formato Único de Inventario Documental
	Recibir archivo electrónico en Excel-entregado por la dependencia que realiza la transferencia documental e ingresarlo en la base de datos de transferencias documentales que reposa en el Archivo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Formato Único de Inventario Documental
	Ubicar las cajas de archivo inactivo en los estantes en Orden.	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	verificación

**Definiciones:**

**ARCHIVOS DE GESTIÓN:** Son los documentos producidos por una oficina durante su gestión administrativa, son documentos activos ya que se encuentran activos porque su trámite no ha culminado, están en circulación, resguardados y organizados por la oficina productora, y constituyen la primera fase del archivo.

**ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA:** Acciones llevadas a cabo por una oficina o dependencia, cuyas actividades están regladas por las normas administrativas, y pueden materializarse en un documento.

**CICLO VITAL DEL DOCUMENTO:** Etapas de vida del documento desde su producción, recepción y su conservación temporal, hasta su eliminación o unificación al Archivo Histórico.

**CODIFICACIÓN:** Actividad que consiste en la asignación de un código, formado por un conjunto de caracteres alfanuméricos, a cada documento del Sistema Integrado de Gestión, con el objetivo de permitir una identificación clara e inequívoca.

**CODIFICACIÓN POR DEPENDENCIAS:** Se listaron en orden jerárquico cada una de las dependencias, acorde a la estructura organizacional y se les asignó un código numérico de tres dígitos.

**COMITÉ DE ARCHIVO:** Órgano asesor del Consejo de Sede en materia de archivos. Estudia y decide sobre las modificaciones de las TRD que sean necesarias con posterioridad al aval del Comité de Archivo de la Institución.

**COMPETENCIA:** Atribuciones encomendadas con carácter exclusivo a un organismo u órgano de la Administración para resolver los asuntos referentes a una determinada materia y jurisdicción. Las competencias delimitan cada una de los campos de la actuación administrativa.

**CLASIFICACIÓN:** La clasificación es la técnica mediante la cual se identifican y agrupan documentos semejantes con características comunes, de acuerdo con un plan establecido previamente.

**CUADROS DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL:** Es el resultado de dos operaciones archivísticas: la clasificación y la ordenación del archivo; además, se define como el primer instrumento de descripción del fondo documental, de su precisión y exactitud depende: el conocimiento del fondo, la organización del archivo y la información al usuario. Los cuadros de clasificación pueden ser útiles en fondos públicos y privados.

**DEPURACIÓN:** Operación por el cual se retiran de la Unidad Documental los documentos que no tienen valores primarios ni secundarios (copias de documentos, invitaciones, circulares informativas, constancias, etc.).

**DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS:** Decisión resultante de la valoración hecha en cualquier etapa del ciclo vital de los documentos, registrada en las tablas de retención y/o tablas de valoración documental, con miras a su conservación total, eliminación, selección y/o reproducción.

**DOCUMENTO DE ARCHIVO:** Registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus actividades o funciones.

**DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte.

**DOCUMENTO DE APOYO:** Es aquel de carácter general (leyes, decretos, resoluciones, manuales, etc) que por la información que contiene, incide en el cumplimiento de funciones específicas de la gestión académica y administrativa. Pueden ser generados en la entidad o por otra institución, y no hacen parte de las series documentales de las dependencias.

**DOCUMENTO FACILITATIVO:** Es aquel de carácter administrativo común a cualquier institución y que cumple funciones de apoyo.

**DOCUMENTO ORIGINAL:** Es la fuente primaria de información con todos los rasgos y características que permiten garantizar su autenticidad e integridad.

**ELIMINACIÓN DOCUMENTAL:** Acción de destrucción organizada de los documentos que han perdido sus valores primarios y que no tienen valor histórico o no relevancia para la ciencia tecnología y la academia.

**EXPEDIENTE:** Unidad documental formada por un conjunto de documentos generados y/o recibidos de acuerdo a las funciones de cada oficina productora en la resolución de un mismo asunto.

**FONDO DOCUMENTAL:** Se refiere a la totalidad de las Series Documentales que hacen parte de un archivo y llega a ser objeto de conservación por parte de la entidad.

**FUID:** Es el Formato Único de Inventario Documental que permite realizar una relación detallada del contenido de una carpeta, caja o fondo documental.

**FUNCIÓN:** Responsabilidades señaladas a las dependencias de una entidad para el logro de los mision para los que fue creada. Usualmente las funciones están reguladas por las normas que definen la manera como deben realizarse.

**FUNCIÓN ARCHIVÍSTICA:** Actividades relacionadas con la totalidad del quehacer archivístico, que comprende desde la elaboración del documento hasta su eliminación o conservación permanente.

**FUNCIÓN DE ARCHIVO:** Conjunto de actividades técnicas e intelectuales dirigidas a la organización, servicio, protección preservación, conservación y divulgación dela información y de su patrimonio Documental como un bien tangible, ya que hace parte de la identidad. Adicionalmente, estas actividades están destinadas a asegurar la aplicación los lineamientos que en materia de archivos sean establecidos.

**GESTIÓN DOCUMENTAL:** Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

**PATRIMONIO DOCUMENTAL:** Conjunto de documentos que son objeto de conservación por su valor histórico o cultural.

**ORGANIZACIÓN:** La Organización Documental se compone de dos elementos básicos, como los son: la clasificación de documentos y la ordenación de documentos.

**LA ORDENACIÓN:** Es la asignación de números a cada documento, así como su colocación en el espacio físico correspondiente.

**PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS:** Conducto secuencial de las actividades o actuaciones administrativas mediante las cuales se ejerce la función.

**PRINCIPIO DE ORDEN NATURAL:** Ordenación interna de un fondo documental manteniendo la estructura que tuvo durante el servicio activo. Este principio indica que los documentos deben organizarse de acuerdo al orden en que se generó el tramite (orden cronológico).



**PRINCIPIO DE PROCEDENCIA:** Este principio establece que los documentos producidos por una institución, organismo, dependencia u oficina no deben mezclarse con los de otros.

**PRODUCCIÓN DOCUMENTAL:** Recepción o generación de documentos en una oficina de la Unidad en cumplimiento de sus funciones.

**PROCEDIMIENTOS:** Presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un procedimiento, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Cuando la descripción del procedimiento es general, y por lo mismo comprende varias áreas, debe anotarse la unidad administrativa que tiene a su cargo cada operación. Si se trata de una descripción detallada dentro de una unidad administrativa, tiene que indicarse el puesto responsable de cada operación. Es conveniente codificar las operaciones para simplificar su comprensión e identificación, aun en los casos de varias opciones en una misma operación.

**PROCESOS:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultad.

**TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL-TRD:** Es un instrumento de gestión documental en donde se plasma y se visualiza un listado de series con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.

**TRANSFERENCIA DOCUMENTAL:** Es la remisión técnica, legal y físicamente verificada de los archivos de Gestión al Archivo Central y de este al Histórico. Esta debe realizarse conforme a las Tablas de Retención Documental con base a un plan de transferencias.

**TIPO DOCUMENTAL:** Unidad documental simple originada en una actividad administrativa, con diagramación, formato y contenido distintivos que sirven como elementos para clasificarla, describirla y asignarles categoría diplomática.

**SERIE DOCUMENTAL:** Conjunto de unidades documentales de estructura y contenido homogéneos, emanadas de un mismo órgano o sujeto productor como consecuencia del ejercicio de sus funciones específicas.

**SUBSERIE:** Conjunto de unidades documentales que forman parte de una serie, identificadas de forma separada de ésta por su contenido y sus características específicas.

**SELECCIÓN DOCUMENTAL:** "Proceso mediante el cual se determina el destino final de la documentación, bien sea para su eliminación o su conservación parcial o total".

**SOPORTE DOCUMENTAL:** Medios en los cuales se contiene la información, según los materiales empleados como lo son archivos audiovisuales, fotográficos, filmicos, informáticos, orales, sonoros y en papel.

**UNIDADES DE CONSERVACIÓN:** Cuerpo que contiene de forma adecuada una unidad archivística, por ejemplo un expediente, pueden ser entre otros: una caja, un libro, un tomo, una carpeta, garantizando la conservación y traslado de los documentos.

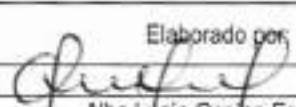
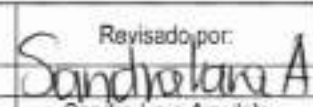
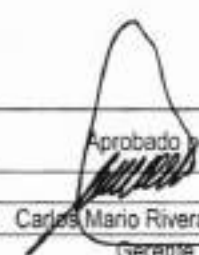
**VALORACIÓN DOCUMENTAL:** Proceso por el cual se determinan los valores primarios y secundarios de los documentos con el fin de establecer su permanencia en las diferentes fases de archivo (gestión, central e histórico).

**VALOR PRIMARIO:** Cualidad inmediata que adquieren los documentos desde que se producen o se reciben hasta que cumplen sus fines administrativos, fiscales, legales y/o contables.

**VALOR PERMANENTE O SECUNDARIO:** Cualidad atribuida a aquellos documentos que, por su importancia histórica, científica y cultural, deben conservarse en un archivo

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alba Lucía Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Desarrollo Organizacional	Gerente

**Objetivo:** Implementar los lineamientos para el tratamiento de las diferentes clases de documentos, y a su vez establecer parámetros para el control de temperatura y humedad en el Archivo Central, evitando el deterioro de los documentos, la alteración o pérdida de la información, permitiendo garantizar su permanencia física, tecnológica para su preservación a largo plazo.

**Alcance:** Adoptar los parámetros necesarios para garantizar la preservación de los documentos, independientemente de su medio y forma de registro o almacenamiento. La preservación a largo plazo aplica al documento electrónico en cualquier etapa de su ciclo vital, incluyendo el Sistema Integrado de Conservación – SIC.

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo del Gestión Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Solicitud de consulta o préstamo de documentos por clientes interno o externo.	Equipo de cómputo, escáner, impresora, Software de Gestión Documental SAIA.  Formato de afuera, formato de autorización de fotocopias, fotocopidora.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Ley 80 de diciembre 22 de 1989. "Por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Ley 594 de julio 14 de 2000. "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Acuerdo 07 del 29 de junio de 1994. "Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos". Archivo General de la Nación.</p> <p>Acuerdo No. 060 de octubre 30 de 2001, "Por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas".</p>	<p>Usuario con consulta satisfecha.</p> <p>Documento devuelto oportunamente al Centro Documental.</p>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	<p><b>Realizar inspección y mantenimiento de los depósitos:</b></p> <p>Se realizara la respectiva inspección y mantenimiento de los depósitos documentales, garantizando de esta manera que estos estén bajo las condiciones adecuadas tanto ambientales como físicas.</p> <p><i>Nota 1: verificar periódicamente que las instalaciones se encuentren en perfecto estado hidrosanitarias, eléctricas y estructurales, así como los mecanismos de seguridad del edificio y reportar a quien corresponda cualquier novedad que se detecte.</i></p> <p><i>Nota 2: Revisar dentro de las unidades documentales, que estas cuenten con buenas condiciones de conservación y en caso de que se requiera se debe implementar un programa de limpieza en seco y húmedo.</i></p> <p><i>Nota 3: Revisar que los extintores (preferiblemente solkaflan o multipropósito CO2) se encuentren en buenas condiciones de uso y que estén ubicados en puntos estratégicos y visibles para todas las personas.</i></p> <p><i>Nota 4: Verificar que las instalaciones cuenten con los parámetros de preservación adecuado, referente a la ventilación, la luz, temperatura, humedad relativa y espacio de almacenamiento.</i></p>	<p>Auxiliar Administrativa – Gestión Documental</p>	
2	<p><b>Ejecutar la prevención y atención en desastres:</b></p> <p>Para la prevención y atención de desastres se tiene contemplado un plan de contingencia con las medidas de reacción necesarias, identificando el manejo de riesgos inminentes, según lineamientos del procedimiento Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>	<p>Auxiliar Administrativa – Gestión Documental Talento Humano / Área de Seguridad y Salud en el Trabajo</p>	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
3	<p><b>Efectuar periódicamente el tratamiento de control de plagas:</b></p> <p>Se realiza el tratamiento de control de plagas tanto en interiores como exteriores, y de la totalidad de la infraestructura de la entidad. En el momento de realizar dicho tratamiento se debe garantizar que no se encuentre el personal que labora en las instalaciones. La frecuencia de este tratamiento se realiza trimestralmente, conforme al cronograma de fumigación.</p>		
4	<p><b>Realizar limpieza de documentos, áreas de trabajo y estanterías:</b></p> <p>Se realiza la limpieza externa puntual en seco de documentos, áreas de trabajo y estanterías, para garantizar la conservación de los documentos, esto se debe ejecutar de manera permanente y periódica.</p>		
	<p><b>Realizar Primeros Auxilios a los documentos:</b></p> <p>Se realiza primeros auxilios a los documentos de archivo, como es el retiro de material metálico procurando no incrementar el deterioro físico.</p> <p>Para los documentos que tienen biodeterioro se procede a envolverlo en papel Kraft y posteriormente se aísla de los demás.</p>		

**Definiciones:**

**ARCHIVO:** Conjunto de Documentos, sea cual fueres su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que lo produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.

**ARCHIVO DE GESTIÓN:** Conjunto de documentos y expedientes activos ubicados en las diferentes unidades administrativas, como consecuencia de las funciones y actividades que le son propias, y que se utilizan para la tramitación de sus actuaciones.

**ARCHIVO CENTRAL:** Unidad administrativa que coordina y controla el funcionamiento de los archivos de gestión y reúne los documentos transferidos por los mismos una vez finalizado su trámite y cuando su consulta es constante.

**ARCHIVO HISTÓRICO:** Archivo al cual se transfiere del archivo central o del archivo de gestión, la documentación que por decisión del correspondiente Comité administrativo, debe conservarse permanentemente, dado el valor que adquiere para la investigación, la ciencia y la cultura. Este tipo de archivo también puede conservar documentos históricos recibidos por donación, depósito voluntario, adquisición o expropiación

**CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS:** Conjunto de medidas preventivas o correctivas adoptadas para asegurar la integridad física y funcional de los documentos de archivo.

**CONSERVACIÓN PREVENTIVA DE DOCUMENTOS:** conjunto de estrategias y medidas de orden técnico, político y administrativo orientadas a evitar o reducir el riesgo de deterioro de los documentos de archivo, preservando su integridad y estabilidad.

**DEPÓSITO DE ARCHIVO:** local especialmente equipado y adecuado para el almacenamiento y la conservación de los documentos de archivo.

**DEPURACIÓN:** operación, dada en la fase de organización de documentos, por lo cual se retiran aquellos que no tienen valores primarios ni secundarios, para su posterior eliminación.

**DETERIORO:** alteración o degradación de las propiedades físicas, químicas y/o mecánicas de un material, causadas por envejecimiento natural u otros factores.

**DIGITALIZACIÓN:** Técnica que permite la reproducción de información que se encuentre guardada de manera analógica (soportes: papel, video, cassettes, cinta, películas, microfilm, y otros) en un que solo se puede leerse o interpretarse por computador.

**DOCUMENTO ELECTRÓNICO DE ARCHIVO:** Registro de la información generada, recibida, almacenada, y comunicada por medios electrónicos, que permanecen con los medios durante su ciclo vital, es producida por una persona o entidad en razón de sus actividades y debe ser tratada conforme a los principios y procesos archivísticos.

**DOCUMENTO HISTÓRICO:** Documento único que por su significado o autográfico o por su rasgos externos y su valor permanente para la dirección del Estado, la soberanía nacional, las relaciones internacionales o las actividades científicas, tecnológicas y culturales, se convierte en parte del patrimonio histórico.

**DOCUMENTO INACTIVO:** Documento producido o recibido de emplearse al concluir sus valores primarios.

**DOCUMENTO SEMIACTIVO:** Documento de uso ocasional con valores primarios.

**ESTANTERÍA:** Mueble con entrepaños para almacenar documentos en sus respectivas unidades de conservación.

**PLAZO DE PERMANENCIA:** Período durante el cual los documentos y expedientes se hallan ubicados en los archivos de gestión, al encontrarse en trámite o en continua utilización por parte de las unidades productoras.

**RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO:** Toda información textual, gráfica, sonora o en imágenes, fijada en cualquier tipo de soporte material, generada o recibida por las distintas unidades y personas adscritas en el desempeño de sus funciones y como testimonio de las actividades que la tiene encomendadas.

**TRANSFERENCIA DOCUMENTAL:** Consiste en el traspaso físico de los documentos -en sus respectivas unidades de conservación- desde los archivos de cada dependencia hasta la Secretaría General – Grupo de Gestión Documental y correspondencia, teniendo en cuenta los tiempos de conservación establecidos en las tablas de Retención Documental y el Cronograma de Transferencias.

**SELECCIÓN DOCUMENTAL:** Disposición final señalada en las tablas de retención o de valoración documental y realizada en el archivo central con el fin de escoger una muestra de documentos de carácter representativo para su conservación permanente.

**SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN:** Conjunto de estrategias y procesos de conservación que aseguran el mantenimiento adecuado de los documentos, garantizando su integridad física y funcional en cualquier etapa del ciclo vital.


**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Firma			
Nombre	Alba Lucía Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Desarrollo organizacional	Gerente



**Objetivo:** Definir los lineamientos para la organización de documentos en los archivos de gestión, central e histórico, de la E.S.E. Hospital Carisma.

**Alcance:** El procedimiento abarca los documentos de archivo en soporte papel que genera cada una de las dependencias.

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo del Centro Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Solicitud de consulta o préstamo de documentos por clientes interno o externo.	Equipo de cómputo, escáner, impresora, Software de Gestión Documental SAIA.  Formato de afuera, formato de autorización de fotocopias, fotocopidora.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
Ley 80 de diciembre 22 de 1989. "Por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones".  Ley 594 de julio 14 de 2000. "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones".  Acuerdo 07 del 29 de junio de 1994. "Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos". Archivo General de la Nación.  Acuerdo No. 060 de octubre 30 de 2001, "Por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas"	Usuario con consulta satisfecha. Documento devuelto oportunamente al Centro Documental.

### ARCHIVO DE GESTION

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/REGISTRO
1	Identificar de acuerdo a las Tablas de Retención	Funcionario que	TRD

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Documental (TRD) las series y subseries que genera cada dependencia.	genera documentos de archivo	
2	Identificar los documentos que hacen parte de las respectivas series o subseries documentales.  Separe los documentos de apoyo.	Funcionario que genera documentos de archivo	TRD
3	Organizar físicamente las carpetas de acuerdo a las series y subseries en forma alfabética en el mobiliario de archivo, comenzando desde la gaveta o estante superior hasta la parte inferior del mueble.  Las series y subseries se ordenan respetando la codificación que aparece en las TRD.	Funcionario que genera documentos de archivo	TRD
4	Ordenar cada una de las tipologías documentales de la serie y/o subserie a encarpetar teniendo en cuenta el respeto por el principio de orden original, en concordancia con lo referido en la TRD de cada dependencia.  Según sea la serie y/o subserie, su ordenación se hará cronológica (a medida que se va dando el trámite).	Funcionario que genera documentos de archivo	TRD
5	Eliminar todo material metálico (ganchos, clips) en el momento de encarpetar, teniendo en cuenta que se debe alinear el borde superior derecho de cada documento a tamaño oficio, sin excepción y se perfora en ese mismo tamaño. Adicionalmente a ello los documentos que se encuentren en soporte papel fax se debe sacar una fotocopia de este y dejarlo dentro del expediente debido a que el papel fax no contribuye a la conservación y preservación de la información.	Funcionario que genera documentos de archivo	Carpetas de archivo
6	Encarpetar en las carpetas las tipologías documentales previamente ordenadas según la TRD de la serie y/o subserie correspondiente a la dependencia, teniendo en cuenta que se debe hacer tipo libro: el gancho legalajador plástico debe ir en la parte de atrás de la carpeta y los documentos se deben ingresar con el	Funcionario que genera documentos de archivo	Carpetas de archivo

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	más reciente en la última posición y el más antiguo en primera posición.		
7	Diligenciar la Hoja de Control acorde con las tipologías documentales presentes en la serie y/o subserie que se encuentra en la TRD. Cada vez que ingrese un nuevo documento a la carpeta, siempre se debe diligenciar la Hoja de Control.  La Hoja de Control se ingresa al final de cada carpeta.	Funcionario que genera documentos de archivo	Hoja de Control
8	Rotular la carpeta de acuerdo con la serie documental que aparezca en la TRD. Las carpetas se deben custodiar en cajas X200 que también se deben rotular acorde con la TRD.	Funcionario que genera documentos de archivo	Rótulo de carpeta y/o caja
9	Foliar los documentos de archivo en el orden en que se lee el documento, en el borde superior derecho con lápiz de mina negra (preferiblemente Mirado No 2). En el caso de la serie documental HISTORIAS LABORALES, ésta se realiza con esfero de mina negra (se recomienda el kilométrico) nunca con plumones o micropuntas por la oxidación que genera en el papel.  Se debe tener en cuenta que la Hoja de Control NO se folia.  La foliación es el último paso que se debe hacer para evitar la refoliación.	Funcionario que genera documentos de archivo	Carpetas de archivo
	Relacionar las carpetas que están conformadas en el Formato Único de Inventario Documental (FUID) para llevar el control de producción documental de la dependencia.	Funcionario que genera documentos de archivo	FUID
	Verificar con el calendario de transferencias documentales el momento en que por cumplimiento del tiempo de retención en Archivo de Gestión se debe enviar a Archivo Central.	Funcionario que genera documentos de archivo	Calendario de Transferencias documentales.

#### ARCHIVO CENTRAL

1	El Archivo Central recibe de las unidades funcionales (dependencias), las transferencias documentales primarias en las unidades de conservación carpetas y cajas, conforme con las directrices establecidas en la E.S.E. Hospital Carisma.	Lideres de cada proceso	No aplica
2	Los funcionarios del Archivo Central revisan las transferencias para verificar que están bien elaboradas, si están bien hechas el archivo Central ubica los documentos de acuerdo con la estructura orgánica funcional y conforme a las TRD.	Funcionario Archivo Central	Formato de tablas de retención documental
3	Están bien hechas las transferencias?		
4	El Archivo Central ordena los documentos de la siguiente forma:  Se numeran las unidades de instalación mediante dígitos arábigos desde el 1 en adelante, de esta manera se logra un ahorro de espacio máximo, la localización de las unidades de instalación es rápida, sencilla y sin error.	Funcionario de Archivo Central	No aplica
5	Las transferencias documentales de cada dependencia son recibidas y confrontadas por los funcionarios del archivo central, se ubican en las cajas de archivo, las cuales se enumeran consecutivamente, respetando la estructura orgánico-funcional y los principios archivísticos; posteriormente se ubicaran en la estantería correspondiente, con el fin de facilitar las consultas en el archivo central y ejercer un control de la documentación, se tendrá como instrumento un inventario general manual, compuesto por los inventarios de cada dependencia.	Funcionario de Archivo Central	Formato de Inventario Único Documental
6	El Archivo Central a partir de las transferencias primarias mantiene actualizado el inventario general de documentos con todos los elementos que faciliten la localización de los mismos.	Funcionario de Archivo Central	Formato de Inventario Único Documental
7	El Archivo Central aplica lo establecido en las TRD. En primera instancia conservara las series documentales hasta que se cumpla la fecha establecida.	Funcionario de Archivo Central	Formato de Inventario Único Documental

8	<p>El Archivo Central realiza la eliminación, la selección, la digitalización de las series correspondientes o preparará la transferencia secundaria, teniendo en cuenta los criterios para realizarla.</p> <p>La transferencia secundaria consiste en el traslado de documentos del Archivo Central al Histórico o permanente. Estas transferencias concluyen los procesos de valoración secundaria en las instituciones y tienen como fin garantizar la protección de esos documentos.</p>	Funcionario de Archivo Central	No aplica
9	<p>El Archivo Central remite la transferencia secundaria al Archivo Histórico, verificando previamente los procesos técnicos de organización de documentos y de acuerdo con el cronograma y ene el formato único de Inventario Documental.</p>	Funcionario de Archivo Central	<p>Formato cronograma de transferencias documentales</p> <p>Formato único de inventario documental</p>

### ARCHIVO HISTORICO

1	<p>El Archivo Histórico recibe de las transferencias secundarias del Archivo Central, previamente revisadas y confrontadas, con su respectivo inventario, en las unidades de conservación (cajas y carpetas) y conforme con las directrices establecidas en la E.S.E. Hospital Carisma.</p>	Funcionario de Archivo Histórico	Formato de Inventario Único Documental
2	<p>El Archivo Histórico ubica los documentos de acuerdo con la estructura orgánico-funcional de los fondos, la organización de secciones y subsecciones y la descripción documental.</p>	Funcionario de Archivo Histórico	No aplica
3	<p>El Archivo Histórico ordena los documentos de la siguiente forma:</p> <p>Se numeran las unidades de instalación mediante dígitos arábigos desde el 1 en adelante, de esta</p>	Funcionario de Archivo Histórico	No aplica

	manera se logra un ahorro de espacio máximo, la localización de las unidades de instalación es rápida, sencilla y sin error, por ser la referencia un número general.		
4	Las transferencias documentales de cada dependencia son recibidas y confrontadas por los funcionarios del archivo histórico, se ubican en las cajas de archivo, las cuales se enumeran consecutivamente, respetando la estructura orgánico-funcional y los principios archivísticos; posteriormente se ubicaran en la estantería correspondiente, con el fin de facilitar las consultas en el archivo histórico y ejercer un control de la documentación, se tendrá como instrumento un inventario general manual, compuesto por los inventarios de cada dependencia.	Funcionario de Archivo Histórico	Formato de Inventario Único Documental
5	El Archivo Histórico propenderá mantener disponible los documentos mediante instrumentos de consulta actualizados e implementación de servicios de archivo.	Funcionario de Archivo Histórico	No aplica

#### Definiciones:

**ARCHIVO:** Conjunto de documentos, sea cual sea su fecha, forma y soporte material, que se acumulan en un proceso natural durante la gestión de una persona o entidad en cumplimiento de sus funciones, los cuales son evidencia en el presente y para el futuro de las actuaciones realizadas por dicha persona o entidad, conservados para servir de testimonio e información a la ciudadanía y a las áreas del conocimiento que le sean inherentes para la investigación, la cultura y la historia de la Nación.

**ARCHIVOS DE GESTION:** comprenden todos los documentos de archivo que son sometidos a continua consulta de parte de las oficinas productoras u otras que las soliciten. Su circulación o trámite está en vigencia y se realiza para dar respuesta a los asuntos iniciados. Vale la pena resaltar que toda persona u oficina que produce documentos de archivo en aras de cumplir sus funciones o procesos tiene un archivo de gestión; en dicho caso en una entidad existen tantos archivos de gestión acorde con el número de personas que producen documentos de archivo.

**CUSTODIA DOCUMENTAL:** Estado de los documentos en los que se determina la responsabilidad sobre su cuidado, vigilancia, control sobre las consultas y garantía de la integridad, autenticidad y originalidad de los documentos comprendidos en un determinado expediente.

**DOCUMENTO:** Testimonio que sirve para justificar o acreditar una función, proceso o procedimiento en determinado ámbito de la vida.

**DOCUMENTO DE APOYO:** documento de carácter general (leyes, decretos, resoluciones, instructivos, folletos, manuales diferentes a los de la entidad, etc.) que por la información que contiene, incide en el cumplimiento de funciones específicas de la gestión administrativa. Pueden ser generados por la misma entidad o proceder de otra, y no forman parte de las series documentales de las oficinas productoras.

**DOCUMENTO DE ARCHIVO:** documentos que evidencian las actuaciones, funciones, procesos, procedimientos de la oficina productora y que son susceptibles de tener una disposición final

**EXPEDIENTE:** conjunto de todos los documentos y gestiones correspondientes a un asunto. Un expediente es habitualmente una unidad básica de una serie documental.

**FOLIO:** Hoja

**FOLIAR:** acción de numerar hojas.

**FOLIACIÓN:** acto de enumerar los folios de un expediente sólo por su cara recta acorde con la lectura de la hoja.

**FUID: FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL:** instrumento que describe la relación sistémica y detallada de los expedientes y documentos de archivo de las diferentes oficinas productoras de una entidad con el fin de asegurar el control de los documentos, su seguimiento y trazabilidad.

**OFICINA PRODUCTORA:** Dependencia encargada de la producción y/o creación de los documentos que evidencian el cumplimiento de sus funciones, procesos y procedimientos.

**PRINCIPIO DE ORDEN ORIGINAL:** Lineamiento básico de respeto a la estructura orgánico-funcional en que se generan los documentos.

**PRINCIPIO DE PROCEDENCIA:** Lineamiento básico para el respeto de la jerarquía externa de los archivos, es decir, mantener y no mezclar los documentos producidos por una Institución con otros documentos procedentes de otra Institución, aunque la tipología documental sea semejante.

**PRODUCTOR DOCUMENTAL:** Dependencia y/o funcionario responsable de la generación y/o creación de documentos que evidencian el cumplimiento de sus funciones.

**TRD: TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL:** instrumento de control y seguimiento de series y subseries documentales listadas por orden alfabético que se les ha asignado tiempo de retención y disposición final para cada uno de ellos

**TIPOLOGÍA DOCUMENTAL:** Tipos de documentos que se diferencian unos de otros por sus contenidos y formatos,

**VALORES PRIMARIOS:** Categorías de valor que se le otorgan a los documentos en su fase de archivo de gestión. Éstas pueden ser de valor administrativo, jurídico, fiscal, contable, legal, técnico.

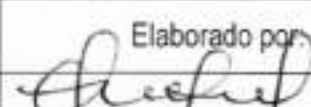
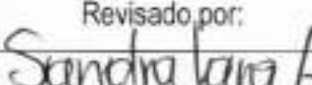
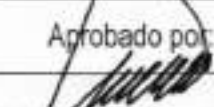
**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alba Lucía Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Centro Documental	Desarrollo Organizacional	Gerente



**Objetivo:** Administrar y controlar los registros del Sistema Integrado de Gestión por medio de la construcción de las Tablas de Retención Documental que permitan realizar su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición de los registros.

**Alcance:** El procedimiento inicia con el levantamiento de información de la documentación contenida en los actos administrativos, procesos y procedimientos de la entidad y finaliza con la divulgación de las Tablas de Retención Documental a las dependencias de la Unidad

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo del Centro Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo 012 del 16 de Octubre de 1991.</li> <li>• Ley 594 de 2000, Art. 24. Ley General de Archivos.</li> <li>• Tablas de Retención y transferencias documentales, Mini-Manual No. 4: Archivo general de la Nación, 2001.</li> <li>• Acuerdo 039 de 2002. Consejo Directivo del Archivo General de la Nación "Por el cual se regula el procedimiento para la elaboración y aplicación de las Tablas de Retención Documental en desarrollo del Artículo 24 de la Ley 594 de 2000".</li> <li>• Guía para la Implementación de un programa de gestión documental. Archivo General de la Nación, 2006.</li> <li>• ACUERDO 4 marzo 15 de 2013 (Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental). DECRETO 2578 DE 2012 (diciembre 13) Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Archivos, se establece la Red Nacional de Archivos, se deroga el</li> </ul>	<p>EQUIPO DE COMPUTO</p>

Decreto número 4124 de 2004 y se dictan otras disposiciones relativas a la administración de los archivos del Estado.

DECRETO 2609 DE 2012 (diciembre 14) Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado

COPIA CONTROLADA

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Recopilar información institucional contenida en actos administrativos (Leyes, normas, decretos, circulares, resoluciones) y procedimientos asociados a cada área.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental	Listado Maestro de Documentos
2	Analizar las funciones asignadas a las dependencias y los Procedimientos de los mismos.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental	Actos administrativos y procedimientos de la entidad.
3	Entrevistar a la dependencia a la cual se le va a crear la TRD y con base a las funciones y procedimientos para identificar y generar las series y tipos documentales.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental. y dependencia	Acta y control de Asistencia
4	Analizar y articular toda la información recolectada y determinar la necesidad de crear series y subseries.  La función desarrollada por la dependencia genera documentos y son responsabilidad de la dependencia?  • Si genera documentación continúa a la actividad <b>No 5.</b>	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental y dependencia.	Acta de Reunión

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si no se genera documentación no se crea serie y/o subserie; Fin del proceso.</li> </ul>		
5	<p>Revisar si la serie y/o subserie documental con sus correspondientes tipos documentales se encuentra creada:</p> <p>Es una nueva serie y/o subserie documental?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es nueva serie y/o la subserie continua la actividad N° 6.</li> <li>Si no es una serie nueva se procede a la actividad N° 9.</li> </ul>	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental y dependencia	Acta de Reunión. Formato de TRD y acta de conformación de TRD
6	Realizar la valoración documental, teniendo en cuenta el uso, la frecuencia en la consulta y las normas internas y externas que regulan su producción y definir su forma de almacenamiento y de recuperación en caso de ser necesario.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental. y dependencia.	Actos Administrativos
7	Establecer los tiempos de retención o permanencia de las series y subseries documentales en cada fase de archivo: gestión, central e histórico, así como su disposición final de acuerdo a las normas vigentes.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental. y dependencia.	Formato de TRD y acta de conformación de TRD.
8	Actualizar Cuadro de Clasificación documental.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental. y dependencia.	Cuadro de Clasificación Documental.
9	Asignar codificación a la serie y/o subseries.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental.	Cuadro de Clasificación Documental
10	Crear la propuesta de TRD	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental. y dependencia.	Propuesta de TRD.
11	Enviar propuesta de TRD al jefe de la dependencia para visto bueno.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental.	Envío de propuesta.
12	<p>Revisar propuesta de TRD.</p> <p>El Jefe de dependencia está de acuerdo con la propuesta?</p>	Jefe de dependencia	Propuesta TRD y envío de Sugerencias, comentarios o

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si el jefe de la dependencia da visto bueno, continua con la actividad N° 13.</li> <li>De lo contrario, realizar ajustes de acuerdo a las observaciones y se devuelve a la actividad N° 10.</li> </ul>		dudas.
3	Recibir visto bueno del jefe de la dependencia.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental y dependencia.	TRD firmada.
14	Firmar la TRD por el jefe del área, Auxiliar Administrativa de Gestión Documental para presentarlas ante el Comité Interno de Archivo.	Jefe de archivo y Secretaria(o) General	TRD Preliminar.
15	Aprobar las Tablas de Retención Documental - TRD por la instancia competente.	Comité Institucional de Desarrollo Administrativo	Acta avalando la propuesta.
16	Expedir acto administrativo correspondiente, que ordene su difusión ante los servidores públicos de la entidad, para garantizar su aplicación.	Secretario(a) General.	Acto Administrativo.
17	Publicar las tablas elaboradas y aprobadas en la página web e intranet de la entidad.	Grupo de Gestión Administrativa y Documental	Solicitud de Publicación
18	Enviar TRD elaboradas y aprobadas al AGN para su evaluación Técnica	Grupo de Gestión Administrativa y Documental	Oficio de Envío de las TRD.
19	<p>Realizar la evaluación técnica de las TRD.</p> <p>Las TRD reúnen requisitos técnicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si el AGN determina que TRD no reúne requisitos técnicos se procede a realizar la actividad N° 20.</li> <li>Si el AGN no tiene observaciones transcurridos a los 90 días desde la presentación de la TRD se procede a la actividad N° 22.</li> </ul>	AGN	
20	Realizar ajustes en el concepto técnico del AGN.	Auxiliar Administrativa de Gestión Documental y dependencia.	TRD AJUSTADA
21	Enviar los ajustes al AGN.	Auxiliar	Oficio de envío de

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
		Administrativa de Gestión Documental y Documental	TRD.
22	Solicitar la inscripción de las TRD en el Registro Único de Series Documentales al AGN.	Secretario General	Solicitud de Inscripción
23	Iniciar con la aplicación de TRD.	Dependencia	TRD

#### DEFINICIONES:

**ACTA DE ELIMINACIÓN:** Documento en el que se relacionan los archivos a eliminar y/o depurar.

**ARCHIVO:** Es el conjunto de documentos, sea cual fuere su formato, medio de conservación, fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad, en el transcurso de su gestión, conservados para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.

**ARCHIVO CENTRAL:** Es aquel en el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente, pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.

**ARCHIVO DE GESTIÓN:** Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados.

**ARCHIVO HISTÓRICO:** Es la tercera fase del Sistema de Gestión Documental, allí los documentos, luego de su selección y valoración, se preservan para la investigación, la extensión y la formación. Conservan su integridad, su orden de producción natural y de procedencia. En virtud del principio de descentralización cada Sede custodiará sus archivos documentales históricos a través de su unidad de archivo, los cuales forman parte del Fondo Universidad Nacional de Colombia y del Archivo General de la misma.

**CLASIFICACIÓN:** Operación archivística que consiste en el establecimiento de las categorías o grupos que reflejan la estructura jerárquica del fondo. Es el primer paso del proceso de organización.

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO:** Organismo asesor responsable de definir las políticas, programas de trabajo y de toma de decisiones en cuanto a los procesos administrativos y técnicos de los documentos de archivo.

**COMUNICACIONES OFICIALES:** Son todas aquellas recibidas o producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente a una entidad, independientemente del medio utilizado.

**CONSERVACIÓN TOTAL:** Aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición legal o los que por su contenido informan sobre el origen, desarrollo, estructura, procedimientos y políticas de la Unidad productora convirtiéndose en testimonio de su actividad y trascendencia.

**DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL:** Fase del proceso de organización documental que consiste en el análisis de los documentos de archivo y de sus agrupaciones y cuyo resultado son los instrumentos de descripción y de consulta.

**DOCUMENTO DE ARCHIVO:** Registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus actividades o funciones.

**DOCUMENTOS DE APOYO:** Es aquel de carácter general (leyes, decretos, resoluciones, manuales, instructivos, etc.) que por la información que contiene, incide en el cumplimiento de funciones específicas de la gestión administrativa. Pueden ser generados en la misma institución o proceder de otra, y no forman parte de las series documentales de las oficinas. Estos documentos no se transfieren al Archivo Central y deben ser destruidos por quien delegue el área productora, cuando pierdan utilidad o vigencia, y según las necesidades de la dependencia.

**DEPURACIÓN DOCUMENTAL:** Operación, dada en la fase de organización de documentos, por la cual se retiran aquellos que no tienen valores primarios ni secundarios, para su posterior eliminación.

**ELIMINACIÓN DOCUMENTAL:** Actividad resultante de la disposición final señalada en las tablas de retención o de valoración documental para aquellos documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes. Se entiende por eliminación la destrucción de los documentos que hayan perdido su valor administrativo, legal o fiscal y que no tengan valor histórico o que carezcan de relevancia para la ciencia y la tecnología.

**FONDOS DOCUMENTALES ACUMULADOS:** Conjunto de documentos dispuestos sin ningún criterio de organización archivística

**ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL:** Proceso archivístico orientado a la clasificación, la ordenación y la descripción de los documentos de una institución.

**TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL (TRD):** Listado de series, con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.

**TABLA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL (TVD):** Listado de asuntos o series documentales a los cuales se asigna un tiempo de permanencia en el archivo central, así como una disposición final

**TRANSFERENCIA DOCUMENTAL:** Remisión de los documentos del archivo de gestión al central, y de éste al histórico, de conformidad con las tablas de retención y de valoración documental vigentes.

**VALOR PRIMARIO:** Calidad inmediata que adquieren los documentos desde que se producen o se reciben hasta que cumplen sus fines administrativos, fiscales, legales y/o contables.

**VALOR PERMANENTE O SECUNDARIO:** Calidad atribuida a aquellos documentos que, por su importancia histórica, científica y cultural, deben conservarse en un archivo.

**DOCUMENTO ORIGINAL:** Es la fuente primaria de información con todos los rasgos y características que permiten garantizar su autenticidad e integridad.

**EXPEDIENTE:** El expediente es un conjunto de tipos documentales que tratan de un mismo asunto o materia, producido a medida que se desarrollan los trámites. Cada pieza, es decir, cada tipo documental individual e indivisible, es un eslabón en una cadena que está inserta en un contexto que le da un valor que no tendría el documento visto aisladamente. El expediente comporta una noción funcional y probatoria, da fe y debe ser conservado en su integridad.

**FOLIACIÓN:** Acto de numerar los folios sólo por su cara recta.

**ORDENACIÓN:** Operación archivística realizada dentro del proceso de organización que consiste en establecer secuencias naturales cronológicas y/o alfabéticas, de las categorías o grupos definidos en la clasificación.

**ORGANIZACIÓN:** Proceso que mediante las etapas de clasificación y ordenación, aplica las conclusiones establecidas en la fase de identificación a la estructura de un fondo.

**SERIE DOCUMENTAL:** La serie documental está integrada por documentos resultados de la repetitividad de los procesos y procedimientos administrativos o técnicos en las oficinas, generalmente están formados por el mismo tipo documental (unidades documentales) que también responden a unos asuntos similares, generando como resultado una información seriada.

**SUBSERIE DOCUMENTAL:** Es el conjunto de unidades documentales que forman parte de una serie y se jerarquizan e identifican en forma separada del conjunto de la serie por los tipos documentales que varían de acuerdo con el trámite de cada asunto.

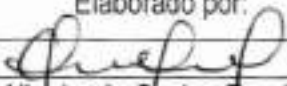
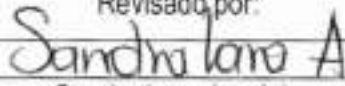

**TIPO DOCUMENTAL:** Unidad documental simple originada en una actividad administrativa, con diagramación, formato y contenido distintivos que sirven como elementos para clasificarla, escribirla y asignarle categoría diplomática

**VALORACIÓN DOCUMENTAL:** La valoración es la labor intelectual por la cual se determinan los valores primarios y secundarios de los documentos con el fin de establecer su permanencia en las diferentes fases del ciclo vital.

**Documentos de Referencia:**

Política de Gestión Documental  
Programa de Gestión Documental (PGD)

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alba Lucía Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Desarrollo Organizacional	Gerente



**Objetivo:** Establecer la metodología para determinar la disposición final de los documentos generados en la E.S.E. Hospital Carisma.

**Alcance:** El procedimiento de disposición final aplica para los archivos de gestión, central e histórico.

Definir el contexto en que se aplicará el procedimiento (lugar, servicio, sede, población objeto)

**Responsables:** Pertenece a la Subdirección Administrativa, Auxiliar Administrativo del Gestión Documental, Comité de Archivo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Solicitud de consulta o préstamo de documentos por clientes interno o externo.	Equipo de cómputo, escáner, impresora, Software de Gestión Documental SAIA.  Formato de afuera, formato de autorización de fotocopias, fotocopidora.
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<p>Ley 80 de diciembre 22 de 1989. "Por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Ley 594 de julio 14 de 2000. "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Acuerdo 07 del 29 de junio de 1994. "Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos". Archivo General de la Nación.</p> <p>Acuerdo No. 060 de octubre 30 de 2001, "Por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas".</p>	<p>Usuario con consulta satisfecha.</p> <p>Documento devuelto oportunamente al Centro Documental.</p>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
-----	------------------------	-------------	---------------------

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	<p>Cada proceso de la E.S.E. Hospital Carisma, con el aval del Comité de Archivo identifica y determina la disposición final de las series y subseries documentales con base en la tabla o en los asuntos de la Tabla de Valoración y Retención Documental.</p>	<p>Auxiliar Administrativa de Gestión Documental</p>	
2	<p>Se realiza la respectiva eliminación, digitalización y selección de acuerdo a los criterios establecidos para cada uno de ellos.</p> <p><b>CRITERIOS PARA LA ELIMINACION</b></p> <p>La decisión de eliminar documentos, es responsabilidad del Comité de Archivo de cada entidad.</p> <p>Un principio que debe observarse es aquel según el cual los documentos que deben eliminarse corresponden a lo señalado en las Tablas de Retención Documental o en los asuntos de las Tablas de Valoración Documental.</p> <p>Ninguna serie documental puede ser destruida sin estar previamente registrada en la correspondiente Tabla de Retención Documental. La eliminación deberá realizarse atendiendo lo estipulado al respecto.</p> <p>Las eliminaciones deben formar parte del proceso de preparación de las transferencias primarias y secundarias, es decir, cuando los archivos de gestión transfieren al central y este al histórico. En todos los casos deberá levantarse un acta acompañada de su respectivo inventario. Se deja como evidencia el Acta de Eliminación.</p> <p>La dependencia realiza la respectiva transferencia primaria del archivo central.</p>	<p>Auxiliar Administrativa de Gestión Documental</p>	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>Si se requiere digitalizar los documentos, el archivo central adopta la técnica de digitalización, en los términos establecidos en las TRD y TVD o para los casos requeridos.</p> <p><b>CRITERIOS DE LA DIGITALIZACION</b></p> <p>La digitalización de documentos en soporte papel, de archivos de gestión y centrales, se debe hacer para agilizar su búsqueda en casos de consulta permanente, remota o por varios usuarios a la vez. En caso de los documentos y archivos históricos se debe utilizar para mejorar la legibilidad y facilitar el acceso remoto, pero sin destruir la documentación original.</p> <p>El manejo de documentos electrónicos debe incluir procedimientos de migración, backups, transferencia a formatos analógicos como el microfilm o el papel que permita asegurar la permanencia de la información accesible, en especial aquella que por su valor testimonial así lo requiera, por lo cual las series de documentos digitales también deben ser contempladas en las Tablas de Retención Documental.</p> <p>El archivo central verifica y aplica lo dispuesto en la TRD o TVD para las series y subseries.</p> <p>Si existen documentos para eliminar en el archivo central se aplica la metodología y criterios básicos para la eliminación de documentos.</p> <p>Si no existen documentos para eliminar, el archivo central hace la revisión de las series y subseries.</p> <p>Si se requiere hacer selección documental se realiza la valoración correspondiente, en los términos</p>		

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>establecidos en las TRD ò TVD.</p> <p>Esto se realiza aplicando la metodología y criterios básicos para la selección documental.</p> <p><b>CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN</b></p> <p>La selección puede aplicarse a documentación que ha perdido su vigencia.</p> <p>La selección debe aplicarse a series documentales voluminosas y cuyo contenido informativo se repite o se encuentra registrado en otras series.</p> <p>La selección se aplica a series documentales cuyo valor informativo no amerita su conservación total. Cuando una serie documental no requiere conservarse totalmente debes seleccionarse a través de muestreo.</p> <p>Toma de ejemplares al azar:</p> <p>Muestreo selectivo o cualitativo con arreglo a una pauta determinada dando un valor especial a ciertas series con fines de investigación. Se le atribuye ser poco objetiva y proporcionar una visión sesgada o tergiversada de la serie documental. Dentro de las segundas menciona las siguientes:</p> <p>Muestreo sistemático que tiene como guía la cronología, es decir, guardar ciertos años, eliminar otros; conservar la producción de una serie correspondiente al primer semestre, eliminar la producción correspondiente al segundo.</p> <p>Muestreo aleatorio. Toda unidad tiene igual probabilidad de presentar una serie; en este caso es necesario aplicar una formula estadística.</p>		

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	<p>El muestreo es un método eminentemente estadístico y provee resultados cuantitativos.</p> <p>El muestreo debe ser motivo de análisis para la administración, por esta razón debe contemplarse como tema de importancia en el Comité de Archivo de las entidades.</p> <p>Si no se requiere hacer la selección documental, el archivo central realiza la transferencia de los documentos con valores secundarios al archivo histórico.</p>		

**Definiciones:**

**ARCHIVO CENTRAL:** Unidad administrativa que coordina y controla el funcionamiento de los archivos de gestión y reúne los documentos transferidos por los mismos una vez finalizado su trámite y cuando su consulta es constante.

**ARCHIVO DE GESTIÓN:** Archivo de la oficina productora que reúne su documentación en trámite, sometida a continua utilización y consulta administrativa.

**ARCHIVO HISTÓRICO:** Archivo al cual se transfiere del archivo central o del archivo de gestión, la documentación que por decisión del correspondiente Comité de Archivo, debe conservarse permanentemente, dado el valor que adquiere para la investigación, la ciencia y la cultura. Este tipo de archivo también puede conservar documentos históricos recibidos por donación, depósito voluntario, adquisición o expropiación.

**CICLO VITAL DE LOS DOCUMENTOS:** Etapas sucesivas por las que atraviesan los documentos desde su producción o recepción, hasta su disposición final.

**CONSERVACIÓN PERMANENTE O TOTAL:** Se aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición legal o los que por su contenido informan sobre el origen, desarrollo, estructura, procedimientos y políticas de la entidad productora, convirtiéndose en testimonio de su actividad y trascendencia. Asimismo, son Patrimonio documental de la sociedad que los produce, utiliza y conserva para la investigación, la ciencia y la cultura.

**DIGITALIZACIÓN:** Técnica que permite la reproducción de la información que se encuentra guardada de manera analógica (soporte papel, video, cassettes, cinta, película microfilm, y otros) en una que solo puede leerse o interpretarse por computador.

**DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS:** Decisión resultante de la valoración hecha en cualquier etapa del ciclo vital de los documentos, registrada en las tablas de retención y/o tablas de valoración documental, con miras a su conservación total, eliminación, selección y/o reproducción. Un sistema de reproducción debe garantizar la legalidad y la perdurabilidad de la información.

**DOCUMENTO HISTÓRICO:** Documento único que por su significado jurídico o autográfico o por sus rasgos externos y su valor permanente para la dirección del Estado, la soberanía nacional, las relaciones internacionales o las actividades científicas, tecnológicas y culturales, se convierte en parte del patrimonio histórico.

**ELIMINACIÓN DOCUMENTAL:** Actividad resultante de la disposición final señalada en las tablas de retención o de valoración documental para aquellos documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes.

**MICROFILMACIÓN:** Técnica que permite registrar fotográficamente documentos como pequeñas imágenes en película de alta resolución

**PATRIMONIO DOCUMENTAL:** Conjunto de documentos conservados por su valor histórico o cultural

**RETENCIÓN DOCUMENTAL:** Plazo que los documentos deben permanecer en el archivo de gestión o en el archivo central, tal como se consigna en la tabla de retención documental.

**SELECCIÓN DOCUMENTAL:** Disposición final señalada en las tablas de retención o de valoración documental y realizada en el archivo central con el fin de escoger una muestra de documentos de carácter representativo para su conservación permanente.

**SERIE DOCUMENTAL:** Conjunto de documentos producidos por una unidad administrativa en el ejercicio de una misma competencia y regulados por la misma norma de procedimiento.

**SUBSERIE DOCUMENTAL:** División o divisiones de una serie documental con el propósito de delimitar de una forma más clara el conjunto de unidades documentales que hacen parte del mismo.

**TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL:** Listado de series, con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos

**TRANSFERENCIA DOCUMENTAL:** Remisión de los documentos del archivo de gestión al central, y de éste al histórico, de conformidad con las tablas de retención y de valoración documental vigentes.

**ELIMINACION DOCUMENTAL:** Actividad resultante de la disposición final señalada en las Tablas de Retención Documental o de Valoración Documental para aquellos documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes.

**DISPOSICION FINAL DE LOS DOCUMENTOS:** Selección de los documentos en cualquier etapa del ciclo vital, con miras a su conservación temporal, permanente o a su eliminación conforme a lo dispuesto en las Tablas de Retención Documental y/o Tablas de Valoración Documental.

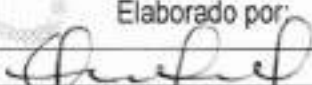
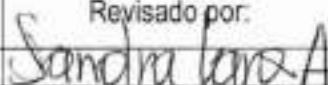

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

De esta manera estaremos evaluando si las actividades (o en general lo establecido en el procedimiento) que tenemos planteadas si son suficientes y pertinentes para lograr los resultados que queremos del mismo

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Alba Lucía Ospina Escobar	Sandra Lara Agudelo	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Auxiliar Administrativa- Gestión Documental	Desarrollo Organizacional	Gerente



**GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Código: CP-GSI-GAD:04

Versión:01

Fecha actualización:13/03/2019

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Asegurar la disponibilidad, actualización y optimización de las tecnologías de la información, a través de la prestación de los servicios asociados de forma oportuna y eficaz, en apoyo al cumplimiento de la misión de la Entidad.

**OBJETIVO DE CALIDAD**

Brindar servicios integrales y especializados en salud mental, con énfasis en fármaco-dependencia y conductas adictivas, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo cada uno de los atributos de calidad y orientados hacia la satisfacción de sus necesidades en salud mental, pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.

**ALCANCE**

Inicia con la identificación de necesidades de los servicios asociados al proceso y finaliza con la prestación y evaluación de los servicios.

**LIDER DEL PROCESO**

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA- TECNICO ADMINISTRATIVO RECURSOS INFORMATICOS

**PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Todos los procesos

**INTERACCIONES**

Quien suministra (proveedor)		ENTRADAS	PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	Quien Recibe(cliente)	
INTERNO	EXTERNO						INTERNO	EXTERNO
Direccionamiento estratégico Procesos Hospital Carisma Usuarios Empleados Entes de control Proveedores Normas y leyes		Estructura organizacional, planta de cargos y manual de funciones y competencias laborales Política y Objetivos de Calidad. Documentación aplicable al proceso. Plan de Gestión y Planes Aplicables al Proceso. Normatividad	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de necesidades de información y tecnología basadas en los lineamientos de gobierno en línea.</li> </ul>	Técnico Administrativo Recursos Informáticos.	Plan Estratégico de tecnologías de la Información.	Todos los Procesos del S.G.C Entidades Públicas y de Control Empleados Usuarios Proveedores Clientes	



	Aplicable. Necesidades de sistemas de información.					
Todas las áreas de la entidad.	Necesidades internas de mantenimiento preventivo y correctivo		• Planeación del soporte y mantenimiento de la infraestructura tecnológica.	Plan de mantenimiento y cronograma de ejecución.		
Normatividad que aplica a las políticas de seguridad de la información	Información generada por todas las áreas de la información.		Programación de las copias de seguridad de XENCO y base de datos.	Verificación de programación de copias de seguridad.	Centro documental - Alpopular	
Direccionamiento estratégico Procesos Hospital Carisma Usuarios internos y externos (página WEB). Empleados Entes de control Proveedores Normas y leyes	Plan Estratégico de tecnologías de la Información	H	Ejecución del PETI	Área de Comunicaciones Auxiliar Administrativa de Archivo Técnico Administrativo Recursos Informáticos.	Actualización y funcionamiento de gobierno en línea y funcionamiento. Políticas de seguridad de la información. Infraestructura tecnológica en funcionamiento óptimo.	Procesos Hospital Carisma Usuarios internos y externos (página WEB). Empleados Entes de control Proveedores
Todas las áreas de la entidad.	Plan de mantenimiento		Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos tecnológicos de la entidad.	Supervisor de contrato	Contrato de mantenimiento en ejecución.	Todas las áreas de la entidad.

Aplicativo y script de copias de seguridad- técnico Administrativo Recursos Informáticos	Copias de seguridad de la información		Ejecución y resguardo de las copias de seguridad de XENCO y base de datos.		Disco duro externo con las copias realizadas. Soporte de entrega de la información.	Centro documental - Alpopular
Todas las áreas de la entidad	Requerimientos o solicitudes de soporte		Clasificar por impacto de afectación del objeto misional y atender el requerimiento o solicitud.		Dar solución oportuna.	Todas las áreas de la entidad.
Todas las áreas	Avances de infraestructura, disponibilidad, seguridad y accesibilidad de la información. Mapa de riesgos	V	Verificar cumplimiento de los indicadores.	Área de comunicaciones, Auxiliar administrativa Archivo y Técnico administrativo de Recursos Informáticos.	Informe de Avance a la alta gerencia para toma de decisiones	Direccionamiento estratégico.
Técnico administrativo de Recursos Informáticos	Contrato de custodia de copia de seguridad.		Verificar el cumplimiento de ejecución del contrato	Auxiliar Administrativa Archivo	Documento de recepción y entrega de copias de seguridad a Alpopular	Alpopular
Auditorias internas y externas	Informe con hallazgos para levantamiento de los planes de mejora.	A	Evaluar los hallazgos de auditoria y levantar el plan de mejora	Técnico Administrativo Recursos informáticos, Auxiliar Administrativa archivo, recursos de Apoyo.	Corrección de deficiencias en los procesos y procedimientos.	Todas las áreas.
<b>RECURSOS</b>						

HUMANOS		TECNOLOGICOS	INFRAESTRUCTURA
Técnico Recursos Profesional Informáticos Administrativa recursos de Apoyo.	Administrativo informáticos, Recursos Auxiliar archivo,	Servidores, equipos de cómputo, DVR, Cámaras de seguridad, controles de acceso, Rack de datos y Voz, Router, Modem, Switches, Access Point, cableado estructurado, energía eléctrica regulada, página web, internet, proyectores, software licenciado, equipos multimedia.	Cuartos técnicos, oficinas y centros de cómputo, auditorios, consultorios.
CONTROLES DEL PROCEDIMIENTO			
¿Que controla?	¿Cómo lo controla?	¿Quién lo controla?	
El uso adecuado de la información, su disponibilidad, seguridad, accesibilidad.	Correcta creación de usuarios de los sistemas de información, realización diaria de copias de seguridad, antivirus actualizado en los equipos de cómputo y servidores,	Técnico administrativo de Recursos Informáticos, todos los procesos.	
Oportunidad en el soporte técnico en TIC	Programando la prestación de los servicios.	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	
Protección de la Información	Aplicando medidas tendientes a la protección de la Información de la entidad	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	
Respaldo de la Información	Programando la realizando copias de seguridad	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	
REQUISITOS			
Planes, Modelo de Operación por Procesos Indicadores de Gestión Políticas de Operación Políticas de Administración de Riesgos Identificación de Riesgos Análisis y Valoración del Riesgo Autoevaluación del Control y Gestión Plan de Mejoramiento Eje Transversal de Información y Comunicación			
CONTROL DE CAMBIOS (ACTUALIZACIONES)			
Listado maestro			

### Objetivo

Administrar los parámetros de seguridad de la información aplicables a las cuentas de usuarios asignadas a funcionarios, contratistas y terceros de la E.S.E. Hospital CARISMA.

**Límites:** Inicia con la solicitud de creación de los usuarios en los diferentes sistemas de información, continua con la modificación de su perfil y termina con el retiro o inhabilitación del usuario en los sistemas de información cuando su vinculación laboral termine.

### Generalidades

El área de Recursos Informáticos debe proveer los mecanismos para brindar controles de seguridad a la red de la E.S.E. Hospital CARISMA, al igual que los funcionarios, contratistas y terceros deben acogerse a los controles de seguridad establecidos.

1. El área de Recursos Informáticos es el encargado de hacer la gestión de los diversos sistemas de información de la Entidad, mediante las herramientas de gestión de T.I. para otorgar el acceso a los sistemas de información a los funcionarios y contratistas, esto por requerimiento del subdirector/coordinador del área o supervisor del contrato donde labora el funcionario o contratista respectivamente.
2. Cada Sistema de Información de la E.S.E. Hospital CARISMA debe proveer la gestión y administración de los usuarios (internos, externos de ser requerido), crear, editar e inactivar perfiles de acuerdo a lo requerido para el ejercicio de su función. Asimismo, listar los usuarios, los perfiles, así como los privilegios que tienen dentro de los mismos.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de creación, modificación, eliminación y / o inhabilitación de usuario.</li> <li>• Acceso como administrador a los diferentes sistemas de información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servidores de información</li> <li>• Comunicado interno con la solicitud debidamente diligenciada y autorizada.</li> </ul>

**1.1. REQUISITOS A TENER EN CUENTA**

**PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:**

- Velar por el cumplimiento de las políticas institucionales (política de confidencialidad y seguridad de la información).
- Personal con el conocimiento técnico para realizar la labor.
- Los permisos son asignados a los siguientes servicios y programas:
  - Usuario de dominio.
  - Correo electrónico.
  - Acceso a la red de la Entidad.
  - Asignación de equipo para trabajo.
  - Usuario Spark.
  - Usuario XENCO.
  - Usuario SAIA.
  - Controles de acceso biométrico.

- Usuario correctamente diligenciado en los sistemas de información de la entidad.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Reporte de novedades de personal para el uso de servicios en la plataforma tecnológica. (Estas novedades son: ingreso, modificación, retiro y reactivación)	Subdirectores Coordinadores de área Oficina de Talento Humano Supervisores de contrato Área de Recursos Informáticos	Comunicado interno solicitando la novedad del usuario en los sistemas de información.
2	Ingreso, modificación, retiro y reactivación del Usuario	Técnico administrativo de Recursos Informáticos - Auxiliar Administrativo Gestión Documental	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
3	Asignación de perfil al usuario. (Permisos y restricciones según su labor en los sistemas de información).	Técnico administrativo de Recursos Informáticos - Auxiliar Administrativo Gestión Documental	Comunicado interno firmado por el Administrador del Sistema.
4	Entrega de Usuario: el Administrador del sistema hace la entrega de los usuarios creados contraseña al área solicitante, al igual que la configuración del equipo en el puesto de trabajo del nuevo funcionario.	Técnico administrativo de Recursos Informáticos - Auxiliar Administrativo Gestión Documental	
5	Desactivar las cuentas de usuario	Técnico administrativo de Recursos Informáticos - Auxiliar Administrativo Gestión Documental	Paz y salvo (Talento Humano)

### Definiciones

**Activo de información:** Cualquier componente (humano, tecnológico, software, documental o de infraestructura) que soporta uno o más procesos de negocios de la Entidad y, en consecuencia, debe ser protegido

**Confidencialidad:** es la garantía de que la información no está disponible o divulgada a personas, entidades o procesos no autorizados.

**Control:** es toda actividad o proceso encaminado a mitigar o evitar un riesgo. Incluye políticas, procedimientos, guías, estructuras organizacionales y buenas prácticas, que pueden ser de carácter administrativo, tecnológico, físico o legal.

**Disponibilidad:** es la garantía de que los usuarios autorizados tienen acceso a la información y a los activos asociados cuando lo requieren.

**Integridad:** es la protección de la exactitud y estado completo de los activos.

**Propietario de la información:** es la unidad organizacional o proceso donde se crean los activos de información.

**Recursos tecnológicos:** son aquellos componentes de hardware y software tales como: servidores (de aplicaciones y de servicios de red), estaciones de trabajo, equipos portátiles, dispositivos de comunicaciones y de seguridad, servicios de red de datos y bases de datos, entre otros, los cuales tienen como finalidad apoyar las tareas administrativas necesarias para el buen funcionamiento y la optimización del trabajo al interior de la E.S.E. Hospital CARISMA.

**Responsable por el activo de información:** es la persona o grupo de personas, designadas por los propietarios, encargados de velar por la confidencialidad, la integridad y disponibilidad de los activos de información y decidir la forma de usar, identificar, clasificar y proteger dichos activos a su cargo.

**TI:** Tecnologías de la Información.

**SAT:** Solicitud atención tecnológica

**Sistema de información:** es un conjunto organizado de datos, operaciones y transacciones que interactúan para el almacenamiento y procesamiento de la información que, a su vez, requiere la interacción de uno o más activos de información para efectuar sus tareas. Un sistema de información es todo componente de software ya sea de origen interno, es decir desarrollado por la E.S.E. Hospital CARISMA o de origen externo ya sea adquirido por la entidad como un producto estándar de mercado o desarrollado para las necesidades de ésta.

## Generalidades

El área de Recursos Informáticos debe proveer los mecanismos para brindar controles de seguridad a la red de la E.S.E. Hospital CARISMA, al igual que los funcionarios, contratistas y terceros deben acogerse a los controles de seguridad establecidos.

3. El área de Recursos Informáticos es el encargado de hacer la gestión de los diversos sistemas de información de la Entidad, mediante las herramientas de gestión de T.I. para otorgar el acceso a los sistemas de información a los funcionarios y contratistas, esto por requerimiento del jefe del área o supervisor del contrato donde labora el funcionario o contratista respectivamente.
4. Cada Sistema de Información de la E.S.E. Hospital CARISMA debe proveer la gestión y administración de los usuarios (internos, externos de ser requerido), crear, editar e inactivar perfiles de acuerdo a lo requerido para el ejercicio de su función. Asimismo, listar los usuarios, los perfiles, así como los privilegios que tienen dentro de los mismos.

5. Para el acceso a los sistemas de información, los usuarios deben hacer buen uso de sus claves de acceso asignadas.

## 2. Normas Para La Gestión Segura De Usuarios

### 2.1. Gestión de derechos de acceso privilegiado

- La gestión en la El área de Recursos Informáticos contempla tres tipos de accesos privilegiados que son:
  - Infraestructura
  - Aplicaciones
  - Bases de datos.
- La asignación de los accesos privilegiados en el área de Recursos Informáticos se hace a través de la herramienta de gestión de TI de la siguiente manera:  
El Jefe del área de Recursos Informáticos autoriza los derechos de acceso privilegiado para los Coordinadores de área quienes a su vez solicitarán las funciones y privilegios que consideré necesarios dentro de su equipo de trabajo.
- La solicitud de usuarios con derechos de acceso privilegiado de otras áreas distintas al área de Recursos Informáticos será mediante comunicado interno al área de Recursos Informáticos y debe ser enviado por Subdirector o Coordinador del área solicitante.
- Los sistemas de información deben garantizar la administración de usuarios con perfiles especiales de consulta para auditoría de los sistemas de información.

### 2.2. Gestión de información de autenticación secreta de usuarios

- La solicitud de claves para la autenticación secreta de usuarios se gestionará a través de comunicado interno o SAT.
- Se debe hacer la transferencia de información secreta de autenticación de manera segura a los usuarios finales.

### 2.3. Revisión de los derechos de acceso de usuarios

- Los administradores de cada Sistema de Información deben depurar anualmente los usuarios de los sistemas de información de acuerdo con las indicaciones de la E.S.E. Hospital CARISMA, el cual deberá comparar y depurar el respectivo listado entregado con el listado de funcionarios activos generado por el área de Talento Humano, el área de Contratación, y las subdirecciones.

### 2.4. Uso de información de autenticación secreta

Los usuarios de los sistemas de información, no deben facilitar sus usuarios o claves de acceso a terceros.



2.5. Restricciones de acceso a la información

El nivel de privilegios de una cuenta de usuario estándar es definido de acuerdo a los requerimientos de su función, cualquier requerimiento adicional de acceso al Sistema Operativo debe ser solicitado a través del área de Recursos Informáticos.

2.6. Sistema de gestión de contraseñas

- La longitud mínima es de 8 caracteres para SAIA, correo y Directorio Activo y de 4 caracteres para XENCO.
- Las contraseñas deben cumplir los requerimientos de complejidad; uso de números, letras mayúsculas, minúsculas y caracteres especiales.


2.7. Uso de los programas utilitarios privilegiados

- Con referencia a los programas utilitarios, se establece un conjunto de programas utilitarios instalados por defecto en cada estación de trabajo, para el uso de cualquier software adicional se debe hacer la solicitud a través del área de Recursos Informáticos, para su evaluación y aprobación en caso de ser viable.

**3. Actividades de la Gestión Segura de usuarios.**

No.	Actividad	Descripción	Responsable
1		Los reportes de novedades de personal que afecten el uso de servicios en la plataforma tecnológica deben ser reportados por la Oficina de Talento Humano y por el Supervisor del Contrato (en caso de requerirse acceso para un contratista) a el área de Recursos Informáticos mediante el área de Recursos Informáticos a través del correo: <a href="mailto:soportetecnico@esecarisma.gov.co">soportetecnico@esecarisma.gov.co</a> Estas novedades son: ingreso, traslado, retiro y reactivación tanto para funcionarios, pasantes, judicantes, contratistas u otras personas que requieran ejercer funciones en la Entidad y requieran el uso de servicios de la plataforma tecnológica. Es necesario adjuntar el acto administrativo o contrato que sustente la novedad para efectuar el trámite pertinente (para funcionarios); y contrato o acta de inicio para (contratistas).	Subdirectores Coordinadores de área Oficina de Talento Humano Supervisores de contrato
	Crear usuarios	El área de recursos informáticos, una vez ha recibido el correo por parte del grupo de Talento Humano, crea un caso en la herramienta de gestión y realiza la creación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario de dominio</li> </ul>	Área de Recursos Informáticos.  Área de Recursos Informáticos

No.	Actividad	Descripción	Responsable
2		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Acceso a la red de la Entidad</li> <li>• Asignación de equipo para trabajo.</li> <li>• Usuario Spark</li> <li>• Usuario XENCO</li> </ul>	
3	Asignar los usuarios	Se hace la entrega de los usuarios creados, al igual que la configuración del equipo en el puesto de trabajo del nuevo funcionario, se le deben dar a conocer al usuario las normas de uso de los activos.	Área de Recursos informáticos
4	Desactivar las cuentas de usuario	El Área de Talento Humano debe reportar a Mesa de Servicios cualquier novedad de tipo: vacaciones, incapacidades, licencias entre otros eventos que permitan el ausentismo del funcionario de su puesto de trabajo o el cambio de área de trabajo del funcionario, de tal manera que ésta área tenga presente la desactivación de las cuentas de usuario asociadas al funcionario durante su ausencia o durante el traslado de área de trabajo.	Área de Talento Humano Área de Recursos informáticos
5	Activar las cuentas de usuario	Una vez reintegrado el funcionario, el área de Recursos Informáticos debe proceder a la reactivación de los usuarios o en caso de cambio de área de trabajo, debe adecuar los usuarios de los sistemas de información para el ejercicio de su nueva labor.	Mesa de Servicios
6	Retirar los derechos de usuario	Cuando sea requerida la firma para el formato de Paz y Salvo con código APFT53, por un funcionario o contratista saliente, la El área de Recursos Informáticos, debe hacer la gestión de inactivar los accesos a los sistemas de información que tenía a su cargo durante el desempeño de sus actividades.	El área de Recursos Informáticos

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Carlos Alberto Arcila	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico administrativo de soporte técnico	Desarrollo organizacional	Gerente

**Objetivo:** Conservar y proteger la información generada en la E.S.E. Hospital CARISMA, a través del tiempo.

**Alcance:** Realizar las copias de seguridad de los sistemas de información de la E.S.E Hospital CARISMA.

**Limites:** Inicia con la programación de las copias de seguridad y finaliza con la verificación del Backup y posterior custodia de dichas copias de seguridad

**Responsables:** Subdirector Administrativo y Financiero, Técnico administrativo soporte técnico.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener programadas las copias de seguridad a la hora establecida.</li> <li>Cronograma de copias de seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Disco Duro Externo</li> <li>Disponibilidad de la información</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Velar por el cumplimiento de las políticas institucionales (política de confidencialidad y seguridad de la información)</li> <li>Resolución Orgánica 5459 de 2003 – Contraloría General Anexo 9</li> <li>Estándares de Acreditación – Gerencia de la Información.</li> <li>Personal con el conocimiento técnico para realizar la labor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de Respaldo de la información de la institución y disponible al momento de un falla del sistema.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Programar las copia de seguridad en horarios que los funcionarios no estén trabajando en el sistema.	Técnico Administrativo de Recursos Informáticos	Comunicado interno solicitando la novedad del usuario en los sistemas de información. Estas novedades son: ingreso, modificación, retiro y reactivación
2	Crear un archivo de registro para asegurar que la copia se realizó.	Técnico administrativo de soporte técnico	Archivo
3	Verificar que la copia de seguridad se haya realizado correctamente	Técnico administrativo de soporte técnico	
4	Realizar el almacenamiento de la copia de seguridad en un lugar seguro.	Técnico administrativo de soporte técnico	
5	Se diligencia el formato de registro de copias de seguridad	Técnico administrativo de soporte técnico	Registro de copias de seguridad
6	Se envía medio magnético cada 15 días a la entidad	Técnico administrativo	Documento firmado

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	Alpopular	de soporte técnico	

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO		MATERIALES NECESARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener programadas las copias de seguridad a la hora establecida y toda la información de los usuarios centralizada.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Discos duros externos administrables</li> <li>Acceso a la red para la administración.</li> </ul>	
REQUISITOS A TENER EN CUENTA		PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Velar por el cumplimiento de las políticas institucionales (política de confidencialidad y seguridad de la información).</li> <li>Personal con el conocimiento técnico para realizar la labor.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de Respaldo de la información de la institución y disponible al momento de una falla del sistema.</li> </ul>	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Programar las copia de seguridad en horarios que los funcionarios no estén trabajando en el sistema.	Técnico Administrativo de soporte técnico	Registro
2	Crear un archivo de registro para asegurar que la copia se realizó.	Técnico Administrativo de soporte técnico	
3	Verificar que la copia de seguridad si se haya realizado	Técnico Administrativo de soporte técnico	
4	Almacenamiento de la copia de seguridad en un disco aparte	Técnico Administrativo de soporte técnico	
5	Se diligencia el formato de registro de copias de seguridad	Técnico Administrativo de soporte técnico	Registro de copias de seguridad diligenciado.

**Definiciones:**

**BACK-UP:** Copia de respaldo de seguridad de los archivos, aplicaciones y/o bases de datos disponibles en un soporte magnético (generalmente discos o CD's), con el fin de poder recuperar la información en caso de un daño, borrado accidental o un accidente imprevisto. Es conveniente realizar copias de seguridad a intervalos temporales fijos (diario o semanal, por ejemplo), en función del trabajo y de la importancia de los datos manejados.

**Base de Datos:** Conjunto de datos que pertenecen al mismo contexto almacenados sistemáticamente. En una base de datos, la información se organiza en campos y registros. Los datos pueden aparecer en forma de texto, números, gráficos, sonido o video.

**Copias de Seguridad:** copias de la información en un medio magnético que se almacena en un lugar seguro.

**Contingencia:** Conjunto de procedimientos de recuperación. Las acciones a contemplar aplican para Antes- Durante- Después con el fin de reducir las pérdidas.

**Plan de Contingencia:** procedimientos alternativos de una entidad cuyo fin es permitir el normal funcionamiento de esta y/o garantizar la continuidad de las operaciones, aun cuando alguna de sus funciones se vean afectadas por un accidente interno o externo.

**Recuperación:** Hace referencia a las técnicas empleadas para recuperar archivos a partir de una copia de seguridad (medio externo); esto se aplica para archivos perdidos o eliminados por diferentes causas como daño físico del dispositivo de almacenamiento, borrado accidental, fallos del sistema, ataques de virus y hackers.

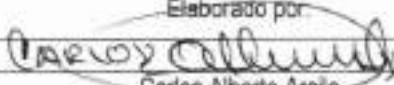
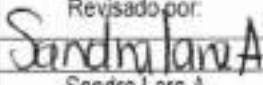

**Restauración:** Volver a poner algo en el estado inicial. Una Base de Datos se restaura en otro dispositivo después de un desastre.

**Documentos de Referencia**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Formato de Registro de copias de seguridad.

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Carlos Alberto Arcila	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico administrativo de soporte técnico	Desarrollo organizacional	Gerente

**Objetivo:** Mantener los equipos de la institución en óptimas condiciones y correcto funcionamiento.

**Límites:** Inicia con la programación de los mantenimientos y termina con la entrega del equipo e informe final.

**Responsables:** Técnico administrativo Recursos Informáticos, personal externo contratado para realizar el mantenimiento.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener el cronograma de mantenimientos actualizado.</li> <li>Cumplir con las fechas asignadas para el mantenimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herramientas (Destornilladores, pinzas, Brochas, Limpia circuitos, Agua, Jabón)</li> <li>Sopladora.</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal con el conocimiento técnico para realizar la labor.</li> <li>Velar por el cumplimiento del cronograma de manteniendo en un 100%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de cómputo con el mantenimiento 100 % realizado.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Informar al funcionario responsable del equipo, el día anterior al mantenimiento que se le realizará al equipo (por medio de una notificación al correo electrónico u otro medio).	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	Email, comunicado impreso, spark, forma impresa.
2	Se retira el equipo de cómputo, impresora y/o escáner y se traslada al área de sistemas para realizar el mantenimiento.	Técnico administrativo de Recursos Informáticos, personal externo contratado para realizar el mantenimiento.	
3	Se desarma los componentes del equipo, impresora, y/o escáner.	Personal que realiza el mantenimiento	
4	Se lavan las partes plásticas con agua y jabón	Personal que realiza	

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	(Carcasa del monitor, teclado, Mouse), la CPU se sopla para retirar el polvo al igual que el monitor y se limpian los circuitos electrónicos con una brocha y se les aplica limpia contactos.	el mantenimiento	
5	Se arman las partes del equipo de cómputo y se devuelve al puesto de trabajo	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	Registro en la hoja de vida del equipo del mantenimiento realizado.

**B. MANTENIMIENTO CORRECTIVO AL HARDWARE**

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Detectar la falla en el equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herramientas (Destornilladores, pinzas)</li> <li>Repuestos necesarios para reparar el equipo</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un correcto diagnóstico acerca de la falla en el hardware.</li> <li>Diligenciar el formato de solicitud de pedido para comprar la parte afectada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de cómputo Reparado.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Solicitar la parte afectada, por medio de la solicitud de pedido al área del almacén.	Técnico Administrativo de Recursos Informáticos	
2	Realizar el cambio de la pieza afectada	Personal que realiza el mantenimiento	
3	Realizar pruebas de funcionamiento	Personal que realiza el mantenimiento	
4	Registro del mantenimiento correctivo en la hoja de vida, diligenciamiento del control de actividades firmado por el funcionario	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	Registro en la hoja de vida del equipo del mantenimiento realizado.

### C. MANTENIMIENTO CORRECTIVO AL SOFTWARE

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la falla en el equipo a nivel de software.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medios magnéticos con software para ser reinstalado. (Windows, Office programas adicionales).</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un correcto diagnostico acerca de la falla en el software.</li> <li>Realizar copia de la información del funcionario (archivos y correo electrónico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo Reparado.</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Realizar copia de la información del funcionario (archivos y correo electrónico)	Técnico Administrativo de Recursos Informáticos, Personal que realiza el mantenimiento	formato
2	Realizar los pasos de instalación del sistema operativo.	Personal que realiza el mantenimiento	
3	Instalación de programas (Office, acrobat Reader, spark, correo electrónico, impresoras y configuración de directrices institucionales para el uso de los equipos)	Personal que realiza el mantenimiento	
4	Realizar pruebas de funcionamiento	Personal que realiza el mantenimiento	
5	Registro del mantenimiento correctivo del software en la hoja de vida, diligenciamiento del control de actividades firmado por el funcionario	Técnico administrativo de Recursos Informáticos	Registro en la hoja de vida del equipo del mantenimiento realizado.

#### Definiciones:

**Hardware:** Conjunto de elementos físicos o materiales que constituyen una computadora o un sistema informático.



**Software:** programas que son el soporte lógico de un sistema informático, La interacción entre el software y el hardware hace operativo un ordenador es decir, el Software envía instrucciones que el Hardware ejecuta.

**Spark:** Programa de mensajería interna.

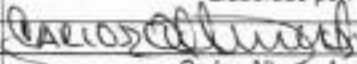
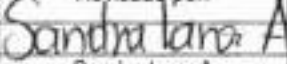
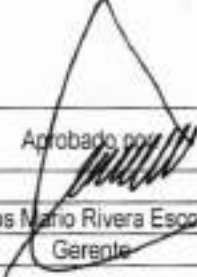
**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

COPIA CONTROLADA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Carlos Alberto Arcila	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico administrativo de soporte técnico	Desarrollo organizacional	Gerente

**Objetivo:** Priorizar y atender en forma oportuna las inconsistencias presentadas en los sistemas de información.

**Alcance:** El procedimiento es aplicable a los usuarios internos y externos de los sistemas de información, redes de datos y tecnología de las sedes de la E.S.E Hospital CARISMA.

**Limites:** Este procedimiento inicia con la solicitud de soporte informático y finaliza con el diligenciamiento de la solicitud y la notificación al funcionario de la causa que originó el inconveniente y el resultado de la misma.

**Responsables:** Técnico Administrativo.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
Presencia de inconsistencia en los sistemas informáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internet</li> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Cuenta de correo electrónico</li> <li>• Formulario de solicitud de soporte</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velar por el cumplimiento de las políticas institucionales;</li> <li>• Política de confidencialidad</li> <li>• Manual de políticas</li> <li>• Estándares</li> <li>• Directrices informáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención oportuna a los requerimientos de soporte informático</li> </ul>

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Diligenciar el formulario de solicitud de soporte informático que se encuentra en la intranet.	Funcionario interno o externo	Solicitud de soporte informático (SAT)
2	Priorizar las solicitudes de soporte recibidas y programar atención	Técnico Administrativo	solicitudes
3	Atender la solicitud	Técnico Administrativo	
4	Actualizar la hoja de vida en caso de que se trate de una falla en equipo informático.	Técnico Administrativo	
5	Notificar al funcionario por medio de la solicitud enviada, la solución dada a su requerimiento,		Formato de solicitud de soporte

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
	informando fecha, hora y causa que originó el inconveniente y calificando el servicio prestado		informático diligenciada.

**Definiciones:**

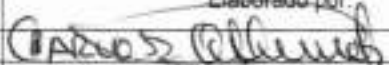
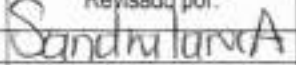
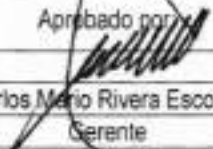
Especificar términos o siglas especiales, de manera que cualquiera que lea el procedimiento no tenga dudas al respecto o de interpretaciones equivocadas; también se puede aclarar el significado de algunos términos debido a la importancia de su buena comprensión para el resultado óptimo del procedimiento

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma			
Nombre	Carlos Alberto Arcia	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico administrativo de soporte técnico	Desarrollo organizacional	Gerente

**Objetivo:** Actualizar la plataforma tecnológica, de acuerdo a las necesidades de la institución.

**Alcance:** El procedimiento aplica en las sedes de la E.S.E. Hospital CARISMA para los usuarios internos y externos de los sistemas de información Definir el contexto en que se aplicará el procedimiento (lugar, servicio, sede, población objeto)

**Límites:** Este procedimiento inicia con la identificación de las necesidades de nuevas tecnologías para el logro de los objetivos corporativos y finaliza con la ejecución del cronograma de implementación.

**Responsables** Funcionarios, Gerente, Dirección Administrativa Y Financiera, Soporte Informático, Almacenista General.

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCESO	MATERIALES NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de implementar nuevas tecnologías informáticas</li> <li>Las tecnologías actuales de la institución son obsoletas para las necesidades de la empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuestas de nuevas tecnologías.</li> <li>Análisis del mercado de tecnologías existentes</li> </ul>
REQUISITOS A TENER EN CUENTA	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS:
Velar por el cumplimiento de las políticas institucionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>Política de confidencialidad</li> <li>Seguridad de la información</li> </ul>	Nuevas tecnologías implementadas con éxito, que soporten el manejo de la información oportuna y confiablemente.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Identificar la necesidad de nuevas tecnologías requeridas para el logro de los objetivos corporativos	Técnico Administrativo	formato
2	Analizar y avalar las necesidades de nuevas tecnologías detectadas	Técnico Administrativo	Informe
3	Identificar y analizar las tecnologías disponibles, que puedan satisfacer los requerimientos para el manejo de información.	Técnico Administrativo	Formato de requerimientos
4	Presentar propuestas de tecnologías de información, para verificación y aprobación por parte de la Gerencia <b>Aprueba:</b> Continuar con la actividad 6 <b>No aprueba:</b> Continuar con la actividad siguiente.	Técnico Administrativo	propuesta
5	Decidir si se continúa con la búsqueda o cambio de alternativas. <b>Si:</b> Continuar con la actividad 3 <b>No:</b> Finalizar el procedimiento.	Técnico Administrativo	alternativas

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
6	Presentar al comité de compras las propuestas <b>Aprueba:</b> Continúa con la actividad 7 <b>No se aprueba:</b> Finalizar el procedimiento	Técnico Administrativo	propuesta
7	Iniciar el trámite de compra de acuerdo con el procedimiento de adquisición de bienes, insumos y/o servicios.	Técnico Administrativo	Tramite documentado
8	Elaborar cronograma de implementación de la tecnología adquirida, que incluya instalación, configuración de equipos, capacitación a los usuarios finales, realización de pruebas antes de iniciar etapa de producción.	Técnico Administrativo	cronograma
9	Ejecutar cronograma	Personal incluido en el cronograma	

**Definiciones:**

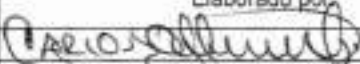
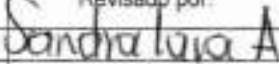

Especificar términos o siglas especiales, de manera que cualquiera que lea el procedimiento no tenga dudas al respecto o de interpretaciones equivocadas; también se puede aclarar el significado de algunos términos debido a la importancia de su buena comprensión para el resultado óptimo del procedimiento

**Documentos de Referencia:**

Registrar los modelos, políticas, programas o protocolos con que cuenta la Organización y en los cuales se basa la planeación del procedimiento o que por su relevancia es importante tener en cuenta a la hora del desarrollo del mismo

**Formatos:**

Detallar los formatos que aplican para la realización del procedimiento. Generalmente están relacionados también en la parte de documento o registro de la actividad

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado:
Firma			
Nombre	Carlos Alberto Arcia	Sandra Lara A	Carlos Mario Rivera Escobar
Cargo	Técnico administrativo de soporte técnico	Desarrollo organizacional	Gerente



E.S.E. HOSPITAL  
**CARISMA**