
 <b>HUS</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	<b>CARACTERIZACION</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>00GC01-V3</b>	
			<b>05GC02-V2</b>

1. APROBACIÓN				
	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE CALIDAD	LUISA FERNANDA SALAMANCA	02/042018	
APROBÓ	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO	10/04/2018	
	GERENTE	JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA	10/04/2018	



<b>2. OBJETIVO:</b>	Definir mecanismos para la planificación, implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema Integral de Gestión de la Calidad del HUS, mejorando la eficacia, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades de las partes interesadas.
---------------------	---

<b>3. ALCANCE:</b>	<b>Desde:</b> Revisión y evaluación de plataforma estratégica, Políticas, Planes, Programas y procesos. <b>Hasta:</b> La ejecución de actividades de medición, evaluación, auditoria e implementación de las acciones de mejoramiento requeridas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. <b>Aplicación:</b> Aplica a todo el Sistema Integrado de gestión de la Calidad establecido en el HUS.
--------------------	--

<b>4. RESPONSABLE:</b>	Líder de proceso gestión de la calidad
------------------------	--



5. CARACTERÍSTICAS DE LAS SALIDAS DEL PROCESO		
5.1 USUARIO / CLIENTE	5.2. PRODUCTO	5.3. NECESIDADES DEL CLIENTE (CRITERIOS DE CALIDAD)
Paciente y su familia Cliente interno Partes interesadas (Entes de control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad)	Mejoramiento hacia el logro de la visión y objetivos institucionales	Cumplimiento de las políticas, objetivos y metas institucionales Modelo de atención Principios y valores
Cientes internos y externos Partes interesadas (Entes de control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad)	Planes de Mejora cerrados	Oportunos, Pertinentes, Eficientes y efectivos, convenientes, socializado y apropiado en todos los niveles de la organización
Todos los procesos, Evaluadores externos, Entes de Vigilancia y Control	Evaluación y seguimiento Sistema de Gestión de la Calidad	Oportuno, objetivo Cumplimiento de estándares, normas y/o requisitos mínimos de los sistemas de gestión de la calidad Mantenido y mejorado

<b>Estado de documento:</b> VIGENTE	<b>Fecha de próxima revisión:</b> Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	<b>Tipo de copia:</b>	<b>Nº</b>	<b>Tabla de Retención:</b>	<b>Página 1 de 6</b>
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	----------------------

 <p><b>HUS</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	<b>CARACTERIZACION</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>00GC01-V3</b>	
			<b>05GC02-V2</b>



<b>5. CARACTERÍSTICAS DE LAS SALIDAS DEL PROCESO</b>		
<b>5.1 USUARIO / CLIENTE</b>	<b>5.2. PRODUCTO</b>	<b>5.3. NECESIDADES DEL CLIENTE (CRITERIOS DE CALIDAD)</b>
Cliente interno del hospital, Todos los procesos, Evaluadores Externos, Partes interesadas (Entes de control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad)	Documentos controlados	Identificados, Custodiados, Trazables, vigentes, accesibles, desplegados, implementados, evaluados
Clientes internos y externos, Todos los Procesos Partes interesadas (Entes de control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad)	Riesgos identificados y gestionados	Riesgos evaluados y Priorizados, Gestión Pertinente, Oportuno, eficaz y eficiente, efectiva, desplegada implementada, medible, trazable
Todos los Procesos, Entes de Vigilancia y Control, ERP (Entidades Responsables de Pago) y otras partes interesadas	Informes y Reportes Generados	Oportunos, Verídicos, Confiables, Verificables, Concretos, Accesibles, pertinentes,
Entes de Control, ERP (Entidades Responsables de Pago) y otras partes interesadas	Informes a entidades de control	Oportunos, Verídicos, Confiables, Verificables, Concretos, Accesibles, pertinentes,
Todos los Procesos, Entes de Vigilancia y Control, ERP (Entidades Responsables de Pago) y otras partes interesadas	Informes de Auditorias de calidad	Oportunos, Verídicos, Confiables, Verificables, Concretos, Accesibles, pertinentes,

<b>6. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTRADAS DEL PROCESO</b>		
<b>6.1. PROVEEDOR</b>	<b>6.2. INSUMO / SERVICIO</b>	<b>6.3. REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR</b>
Todos los procesos, Entes de Vigilancia y Control, ERP (Entidades Responsables de Pago), Evaluadores Externos y otras partes interesadas	<b>Hechos</b> (Informes de auditorías internas y externas, documentos soporte del proceso, PQRS cliente interno y externo, encuestas satisfacción al usuario, demandas) y <b>Datos</b> (indicadores) de la Propia gestión o entes externos.	Oportunos, Verídicos, Confiables, Verificables, Concretos, Accesibles, pertinentes, vigentes,
Todos los Procesos, Entes de Vigilancia y Control, ERP (Entidades Responsables de Pago), Evaluadores Externos	Necesidades de mejora	Específica, concreta, pertinente, oportuna
Todos los Procesos, Entes de Vigilancia y Control, ERP (Entidades Responsables de Pago), Evaluadores Externos	Requisitos normativos	Vigentes, claros
Todo los procesos Equipo directivo	Plataforma estratégica	Debe ser conocido, comprendido e interiorizado por todos los funcionarios Oportuno, desplegado, implementado, metas y objetivos claramente definidos



	<b>CARACTERIZACION</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>00GC01-V3</b>	
			<b>05GC02-V2</b>

6. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTRADAS DEL PROCESO		
6.1. PROVEEDOR	6.2. INSUMO / SERVICIO	6.3. REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR
Todo los procesos Equipo directivo	Plan de desarrollo institucional	Alineado con: Plan de desarrollo Departamental y el Plan Territorial de Salud. Contener: Objetivos y metas a lograr a corto, mediano y largo plazo. Debe ser conocido e implementado por todos los funcionarios
Todo los procesos Equipo directivo	Plan Operativo Anual (POA)	Debe responder a: Objetivos y metas del Plan de Desarrollo. Debe ser institucional y desagregado por unidades funcionales y por proceso

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES						
7.1. QUE	7.2. QUIEN	7.3 CUANDO	7.4. COMO	7.5 DONDE	7.6. POR QUE / PARA QUE	7.7 DURACION
Mantenimiento de los sistemas de gestión de la calidad	Jefe oficina asesora de planeación y garantía de la calidad	Permanente	Seguimiento a la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Sistema Único de información: ( 02GC 10- Sistema de información y 02GC11- Control de indicadores); PAMEC y Sistema Único de Acreditación (02GC02- Metodología para a Implementación del Sistema Único de Acreditación)	Todo el hospital	Mantener y mejorar los sistemas de gestión de la calidad	Permanente
Apoyar en la identificación y administración del riesgo	Jefe oficina asesora de planeación y garantía de la calidad y/o profesionales especializados	Al inicio de cada vigencia	En base a los lineamiento de la normatividad vigente  01GC01 Programa de gestión del riesgo 02GC05: Administración del riesgo	Todo el hospital	Mitigar el impacto y la frecuencia de ocurrencia del riesgo, a través de los controles establecidos  Identificar analizar y valorar los riesgos en cada uno de los procesos	Permanente

	<b>CARACTERIZACION</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>00GC01-V3</b>	
			<b>05GC02-V2</b>

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES						
7.1. QUE	7.2. QUIEN	7.3 CUANDO	7.4. COMO	7.5 DONDE	7.6. POR QUE / PARA QUE	7.7 DURACION
Fortalecimiento en la cultura de seguridad del paciente (Gestión de novedades de Seguridad)	Referente de seguridad del paciente	Permanente	Ejecución de las líneas estratégicas del programa de seguridad del paciente 02GC14 Rondas de seguridad 02GC04 Gestión de Novedades de Seguridad del paciente. 02GC09 Reacción inmediata o novedades de seguridad del paciente	Todo el hospital	Propender por establecer una cultura de seguridad con respuesta efectiva ante las novedades de seguridad presentadas. Contribuir con el modelo de atención en el componente de seguridad en la prestación de los servicios	Permanente
Asesoría, para la adopción y/o implementación de guías de práctica clínica y evaluación de su adherencia	Jefe oficina asesora de planeación y garantía de la calidad	Según cronograma establecido	Adopción e implementación de guías de práctica clínica 02GC06 Adherencia a guías de Práctica clínica 02GC07	Todos los procesos misionales	Contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos de no calidad	Permanente
Seguimiento y control a la gestión ambiental	Profesional Especializado (Ingeniero ambiental)	Permanente	02GC12 Identificación de aspectos e impactos ambientales	Todo el hospital y a nivel externo en las plantas de tratamiento de residuos	Controlar el impacto ambiental y la correcta segregación y disposición final de los residuos	Según programación



 <p><b>HUS</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	<b>CARACTERIZACION</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>00GC01-V3</b>	
			<b>05GC02-V2</b>

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES						
7.1. QUE	7.2. QUIEN	7.3 CUANDO	7.4. COMO	7.5 DONDE	7.6. POR QUE / PARA QUE	7.7 DURACION
Gestión del mejoramiento continuo de la calidad (identificación, evaluación y seguimiento a la mejora)	Profesionales gestión de la calidad	Según programación de cada uno	02GC03 formulación, seguimiento y cierre de plan único de mejora por proceso PUMP  02GC13 Formulación y seguimiento a las acciones de mejoramiento (Correctivas, correcciones, preventivas)	Todo el hospital	Monitorear la calidad de los procesos a través de la planeación, ejecución y seguimiento a las actividades de mejoramiento.	Según programación de cada uno
Monitorear la calidad en la prestación de los servicios (Auditorías de seguimiento)	Jefe oficina asesora de planeación y garantía de la calidad	Según el Cronograma de auditorias anual.	02GC02 Auditorías Integrales de calidad 02GC01 Metodología de paciente trazador 02GC08: Evaluación a la calidad del diligenciamiento de la Historia clínica.	Todo el hospital	Monitorear la calidad en la prestación de los servicios	La vigencia del plan de auditoría
Retroalimentación, cierres de ciclos y estandarización del mejoramiento	Profesionales de calidad Líderes de procesos	Cada vez que se tienen resultados de evaluación	Despliegues equipos primarios y secundarios Informes de gestión Informes de auditoria Evaluación de procesos Análisis de indicadores	Todo el hospital	Dar a conocer el mejoramiento del hospital y buscar su estandarización	Permanente

8. RIESGOS DEL PROCESO	9. CONTROLES DE LOS RIESGOS
Ver Mapa de Riesgos	Ver Mapa de Riesgos

10. REQUISITOS LEGALES	11. INDICADORES DEL PROCESO
Decreto 1011 de 2006 Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud Resolución 2003 de 2014 Habilitación de servicios de salud Resolución 123 de 2012 Sistema único de acreditación para IPS hospitalarias y ambulatorias Resolución 1446 de 2006 Sistema de información para la calidad ISO 9001 de 2008 Sistema de gestión de la calidad ISO 19011 de 2012 Auditorias del sistema de gestión ISO 14001 de 2004 Sistema de gestión ambiental OHSAS 18001 de 2007 Sistema de seguridad y salud ocupacional	Porcentaje cumplimiento plan de auditorías porcentaje de cumplimiento plan operativo anual planeación y garantía de la calidad Porcentaje cierre de ciclos Porcentaje de adherencia a guías Porcentaje de adherencia a historia clínica Porcentaje de cumplimiento al cronograma del programa de gestión del riesgo Porcentaje de riesgo con reducción en la zona de riesgo Proporción de riesgo por zona de riesgo

<b>Estado de documento:</b> VIGENTE	<b>Fecha de próxima revisión:</b> Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	<b>Tipo de copia:</b>	<b>Nº</b>	<b>Tabla de Retención:</b>	<b>Página 5 de 6</b>
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	----------------------

 <p><b>HUS</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	<b>CARACTERIZACION</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>00GC01-V3</b>	
			<b>05GC02-V2</b>

10. REQUISITOS LEGALES	11. INDICADORES DEL PROCESO
Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente	Porcentaje de materialización de eventos por riesgos priorizados Porcentaje de cumplimiento al cronograma del programa de seguridad del paciente Proporción de vigilancia de incidentes Proporción de vigilancia de eventos adversos Porcentaje de cumplimiento a PAMEC Porcentaje de avance de cumplimiento planes únicos de mejora Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora

12 CONTROL DE CAMBIOS			
VERSION	FECHA	ITEM MODIFICADO	JUSTIFICACION
1	13/03/2015	N/A	Documentación de acuerdo al nuevo mapa de procesos, se unen los procesos de auditoria médica, control interno y planeación y se dan nuevos lineamientos en la institución
2	20/04/2016	7. Descripción de actividades 9. Indicadores de proceso	Se integran y actualizan procedimientos del proceso Se actualizan los indicadores de acuerdo a las directrices gerenciales.
3	10/04/2018	7. Descripción de actividades 9. Indicadores de proceso	Se integran y actualizan procedimientos del proceso Se actualizan los indicadores de acuerdo a las directrices gerenciales.

Gestión y control documental  
Atención a entes de control vigilancia y control

<b>Estado de documento:</b> VIGENTE	<b>Fecha de próxima revisión:</b> Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	<b>Tipo de copia:</b>	<b>Nº</b>	<b>Tabla de Retención:</b>	<b>Página 6 de 6</b>
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	----------------------