

Cartilla

Manual Sistema Integrado de Gestión (SIG)

Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.





HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

PRESENTACIÓN

Esta cartilla tiene como propósito describir la estructura del Sistema Integrado de Gestión adaptado a las necesidades del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Dicho sistema está conformado por el Sistema de Control Interno (SCI) y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Está conformado por el conjunto de políticas, procesos y documentos que establecen los mecanismos de gestión, autorregulación y control del hospital en procura del cumplimiento de su misión y de la normativa legal vigente y aplica para todas las sedes, oficinas, áreas y servicios del Hospital.

PRINCIPIOS ÉTICOS INSTITUCIONALES



VALORES INSTITUCIONALES

RESPONSABILIDAD

SOLIDARIDAD

RESPECTO

HONESTIDAD

PRUDENCIA

RESPONSABLE



Es responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad (OAPC) la revisión y actualización periódica del presente manual de manera conjunta con las oficinas y áreas correspondientes a cada uno de los temas que en él se tratan.

Es responsabilidad de la gerencia, subgerencias, jefaturas de oficina y coordinaciones, asegurar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente manual y de los documentos que en él se referencien.



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

DEFINICIONES

- **Política:** directriz emitida por la dirección sobre lo que hay que hacer para efectuar el control. Constituye la base de los procedimientos que se requieren para la implantación del control. (República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), 2014).
- **Procedimiento:** documento que especifica la forma para llevar a cabo una actividad o un proceso. (República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), 2014).
- **Proceso:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. (...) (República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), 2014).
- **Sistema Integrado de Gestión (SIG):** 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 (...). Incluye: las políticas, los principios, las normas, la estructura de la organización, la planificación de actividades, las responsabilidades, los procesos, los procedimientos, los recursos. (Adaptado de MECI 2014, NTGCP 1000: 2009).
- **Control Interno:** sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que



todas las actividades se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes (...). (República de Colombia. Congreso de la República, 1993).

- **Modelo Estándar de Control Interno:** documento que proporciona la estructura básica, para evaluar la estrategia, gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo. (República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), 2014).
- **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en Salud el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS:** conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud. (República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2006). A su vez, comprende el Sistema Único de Acreditación en Salud y el Sistema Único de Habilitación.

MARCO CONCEPTUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN - SIG

El eje articulador del Sistema Integrado de Gestión, es el Mapa de procesos institucional que integra los procesos necesarios para el SCI y para el SOGCS. El mapa de procesos es una representación gráfica de los procesos de la organización y sus interacciones. Dichos procesos incluyen: Estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

MAPA DE PROCESOS:

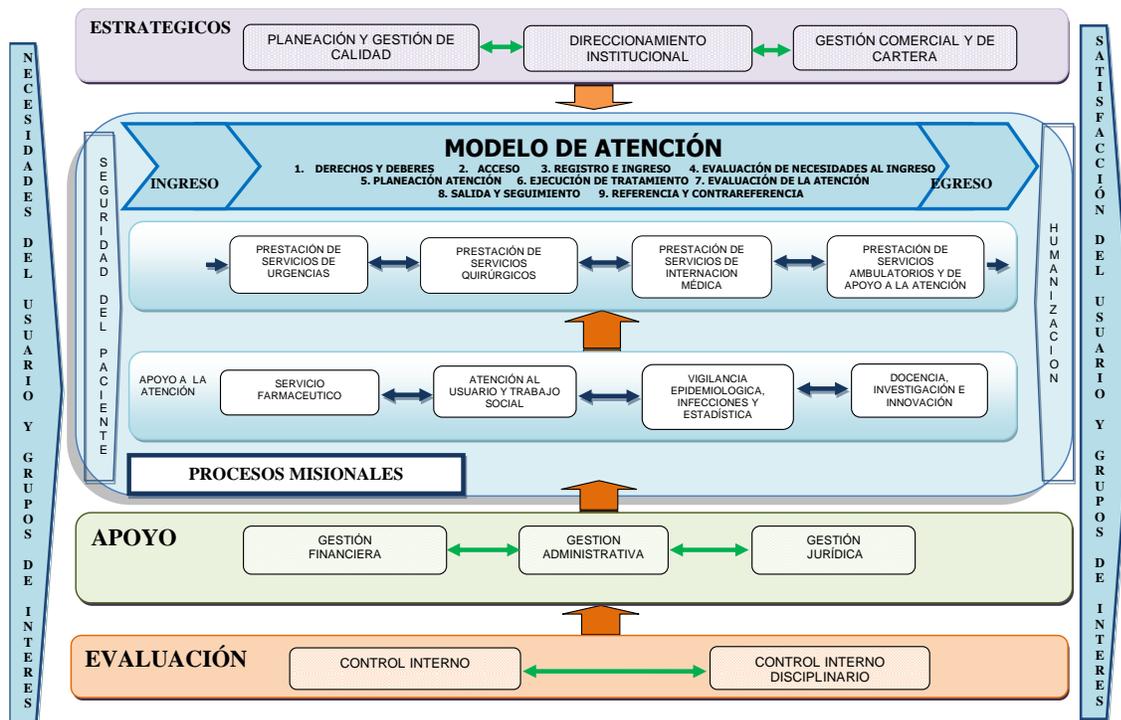
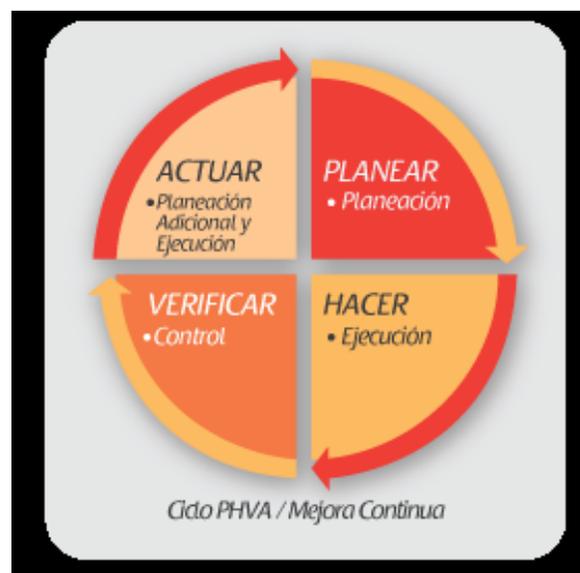


Figura 1. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos

Cada proceso se ha estructurado siguiendo la metodología conocida como “Planificar, Hacer, Verificar. Actuar” (PHVA).

“PHVA puede describirse brevemente como:



El Sistema Integrado de Gestión tiene una estructura documental que soporta todos sus procesos, (Ver PC-IN-001 Instructivo para Elaboración de la Documentación del Sistema de Gestión) y está compuesto por los siguientes tipos de documentos:

DOCUMENTOS	CÓDIGO
MANUAL	-MN
GUÍA	-GU
PROTOCOLO	-PT
FORMATO	-FR
PROCEDIMIENTO	-PR
INSTRUCTIVO	-IN
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	-CP
PROGRAMA	-PG

A continuación, en la Figura 2. Estructura del “**Sistema Documental del Hospital Federico Lleras Acosta**” se muestra la estructura jerárquica de los documentos de la institución.



Figura 2. Estructura del “Sistema Documental del Hospital Federico Lleras Acosta”



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

MARCO LEGAL

Ley 87 de 1993 “por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones” y sus Decretos reglamentarios.

Decreto 943 de 2014 “por el cual se actualiza el modelo estándar de control interno (MECI).

Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS” y las normas que lo reglamenten o modifiquen.



Resolución 2181 de 2008. Por la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de servicios de salud de carácter público”, artículo 2, parágrafo.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. está estructurado siguiendo los lineamientos del MECI, por componentes y elementos. (Ver Figura 4. Estructura del Modelo Estándar de Control interno – MECI). En seguida se hace una descripción de esta estructura.



Figura 4. Estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI

COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

Para la institución, es muy importante propender por el desarrollo del talento humano, procurando su compromiso con el logro de los objetivos y metas institucionales.

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

- Documento con los principios y valores de la entidad: Se elaboró el documento DI-MN-001 Código de Ética, adoptado mediante acto administrativo Resolución 4354 de 30 de diciembre 2015. El documento contiene: los principios éticos institucionales, valores institucionales, derechos y deberes de los usuarios, mecanismos de difusión y socialización y mecanismos de integración.

Desarrollo del Talento Humano

- Manual de funciones y competencias laborales: la institución ha elaborado e implementado el documento “Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para la Planta de Personal con Carácter Permanente”, contenido y adoptado en la Resolución 2774 del 29 de mayo de 2015.



- Plan institucional de formación y capacitación: en el GA-PR-001 Procedimiento Gestión del Talento Humano” Se describe la manera como se elabora anualmente el “GA-PG-001 Programa Institucional de Capacitación (PIC)”.

- Programa de Inducción - Reinducción:

En el “GA-PR-001 Procedimiento Gestión del Talento Humano” Se describe la manera cómo se efectúa la programación para la Inducción – Reinducción y los registros que se conservan de la misma.

- Programa de Bienestar y Plan de Incentivos: En el “GA-PR-001 Procedimiento Gestión del Talento Humano” Se describe la manera como se elabora el programa de bienestar, reglamentado mediante Resolución 3763 de septiembre 1 de 2015 “por medio de la cual se adopta el reglamento interno del plan de bienestar social, estímulos e incentivos del hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Empresa Social del Estado”.
- Sistema de Evaluación de desempeño: El Hospital acoge el formato tipo y la metodología de evaluación establecida por la Comisión Nacional de Servicio Civil y la aplica en las fechas legalmente establecidas para ello.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La institución orienta toda su gestión a través de un proceso sistemático de planeación estratégica, táctica y operativa. Con éste propósito se han diseñado e implementado los siguientes instrumentos de gestión.

Planes, Programas y Proyectos

- Planeación: Dentro del mapa de procesos de la institución existe el proceso estratégico denominado “DI-CP-001 Direccionamiento Institucional”, cuyo objetivo es diseñar las políticas institucionales y orientar su cumplimiento mediante la dirección, planeación, evaluación y control en la administración y gestión de la institución, para el desarrollo de la misión y el logro de los objetivos estratégicos. Son salidas de este proceso: la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos corporativos y plan de desarrollo), los planes operativos anuales, las políticas de gestión organizacional.



- Misión, visión y objetivos institucionales: Dentro del mapa de procesos de la institución existe el proceso estratégico denominado “DI-CP-001 Direccionamiento Institucional”, está incluida la actividad “definir la plataforma estratégica: Misión, visión, objetivos corporativos, plan de desarrollo”, para lo cual se elaboró e implementó el “DI-PR-001 Procedimiento para la Planeación institucional”.
- Planes programas y proyectos: Dentro del mapa de procesos de la institución existe el proceso estratégico denominado “PC-CP-001 Planeación y Gestión de la Calidad” cuyo objetivo es asesorar y coordinar la planeación institucional y el diseño, implementación, verificación y mejora del Sistema Integrado de Gestión. Existe también el “DI-PR-001 Procedimiento para la Planeación institucional” donde se describe cómo se formula el plan de acción del Plan de desarrollo y los planes operativos.
- Acuerdo de gestión: Dentro del mapa de procesos de la institución existe el proceso estratégico denominado “DI-CP-001 Direccionamiento Institucional”, está incluida la actividad “suscribir acuerdos de gestión donde se definen responsabilidades y metas de los subgerentes”.
- Comités institucionales: La OAPC mantiene actualizado el listado de los comités institucionales. Cada comité tiene una hoja de vida que describe su funcionamiento y un acto administrativo que lo crea.

Modelo de Operación por Procesos



- Mapa de procesos: En la figura 1. está establecido el mapa de procesos donde se evidencia la interrelación de éstos, articulados entre estratégicos, misionales, de apoyo, y de evaluación y seguimiento.

- Divulgación de los procedimientos: Cada líder de proceso es responsable de la divulgación y difusión de los documentos aplicables a cada proceso. De la divulgación queda como evidencia la lista de asistencia y/o actas de reuniones donde se hace la socialización. El personal del hospital puede consultar la documentación en la intranet en el vínculo “Sistema Integrado de Gestión”.
- Evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas: Para el hospital Federico Lleras Acosta los usuarios son la parte interesada prioritaria. En consecuencia, con ello se ha elaborado e implementado el instructivo “AU-IN-001 Aplicación de encuestas de satisfacción”.

Estructura organizacional

- Estructura organizacional: La institución tiene su estructura organizacional definida y adoptada mediante la Resolución 2772 del 29 de mayo del 2015.
- Manual de Funciones y Competencias Laborales: La institución ha definido, adoptado y socializado “Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para la Planta de Personal con Carácter Permanente”, contenido y adoptado en la Resolución 2774 del 29 de mayo de 2015.

El Manual Específico de Funciones y Competencias para los Empleos de la Planta de Personal de Carácter Temporal, contenido y adoptado mediante la Resolución 0505 del 9 de enero de 2015.



Indicadores de gestión

- Definición de Indicadores: La entidad ha elaborado e implementado la ficha de indicadores de gestión de los procesos “PC-FR-009 Fichas de Indicadores de Gestión de los Procesos”.

Esta actividad se lidera desde el proceso de “Vigilancia Epidemiológica, Infecciones y Estadística”. Donde se consolida la información y se generan los reportes a los diferentes entes de vigilancia y control, a la institución y a las IPS.

- Seguimiento de los indicadores: Dentro del proceso de Planeación y Gestión de la calidad PC-CP-001 está establecida la actividad de “consolidar y hacer seguimiento a los resultados de los indicadores de gestión de los procesos y al desarrollo y cumplimiento de los planes de mejoramiento”.
- Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores: Dentro del proceso de Planeación y Gestión de la Calidad se ha establecido el “PC-PR-004 Procedimiento para la gestión de la mejora”, el cual incluye la revisión anual de los indicadores por parte de los líderes de proceso con apoyo de la OAPC.

Políticas de operación



Establecimiento y divulgación: Atendiendo la orientación del manual técnico del MECI en el sentido que “[las políticas de operación] se encuentran inmersas en los procedimientos previamente definidos” (República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), 2014),

la institución ha incluido sus políticas de operación en cada uno de sus procedimientos pertinentes. Algunas de las políticas de operación de los procesos son de aplicación para toda la organización y se convierten en políticas institucionales. El líder de cada proceso es responsable de la divulgación de las políticas de operación del proceso correspondiente.

Manual de operaciones o su equivalente: La institución ha elaborado, divulgado e implementado el presente manual “PC-MN-001 Manual del Sistema Integrado de Gestión – SIG” como manual de operaciones de la entidad.

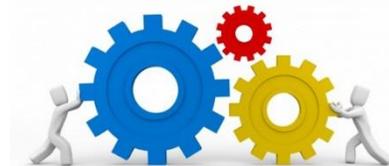
COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Política de Administración del Riesgo

Definición de Políticas para el manejo de los riesgos: La institución ha definido, divulgado e implementado la siguiente política de administración del riesgo que hace parte del “PC-PR-005 Procedimiento de gestión del riesgo”: “El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, que reducen el impacto de las decisiones que toma la institución respecto al logro de los objetivos de los procesos y de la organización. Para ello define e implementa mecanismos que permitan el análisis del contexto, la identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y consulta, monitoreo y evaluación de los riesgos, acogiendo una autorregulación prudencial. El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. determina el nivel de impacto y la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento, y estructura criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de *los efectos de los mismos.*”

Identificación del riesgo

- Identificación de los Factores Internos y Externos del Riesgo:
El “PC-PR-005 Procedimiento para la Gestión del Riesgo”, establece cómo se hace el análisis del contexto interno y externo para la gestión del riesgo.
- Riesgos Identificados por Procesos:
El “PC-PR-005 Procedimiento para la Gestión del Riesgo”, establece cómo se hace la identificación del riesgo por proceso.



- Análisis y Valoración del Riesgo: El “PC-PR-005 Procedimiento para la gestión del riesgo” establece cómo se hace la valoración del riesgo por proceso.

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Autoevaluación del Control y Gestión

- Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación: La institución ha definido e implementado el “CI-PR-002 Procedimiento para la Planificación y Realización de los Programas de Fomento de la Cultura del Autocontrol”. Dichos programas buscan sensibilizar al personal del Hospital sobre la importancia del control y la autoevaluación.
- Herramientas de Autoevaluación: Dentro del proceso de planeación y gestión de la calidad, el hospital ha elaborado e implementado el “PC-PR-006 Procedimiento para la Autoevaluación Institucional”. La entidad también alimenta la autoevaluación a través del informe ejecutivo anual de control interno que se efectúa en el aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública.



COMPONENTE DE AUDITORÍA INTERNA

- Procedimiento de Auditoría Interna: Dentro del “CI-CP-001 Proceso de Control Interno” se ha elaborado e implementado el



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

“CI-PR-001 Procedimiento para la planificación y realización de las auditorías”.



- Programa de Auditoría – Plan de Auditorías:

Dentro del “CI-PR-001 Procedimiento para la Planificación y Realización de las Auditorías”, se establece la manera como se elabora el programa de auditorías y el plan de auditoría.

- Informe Ejecutivo Anual de Control Interno:

El informe se realiza de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Sirve como insumo para el fortalecimiento continuo y mejora del Sistema de Control Interno en la entidad.

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

- Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento: Dentro del PC-CP-001 Proceso de “Planeación y Gestión de la Calidad” se ha elaborado e implementado el “PC-PR-004 Procedimiento para la gestión de la mejora.
- Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento: Dentro del “PC-PR-004 Procedimiento para la Gestión de la Mejora”, está establecida la actividad “Hacer seguimiento a planes de mejoramiento”.



EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Interna y Externa



- Identificación de las fuentes de información externa: Dentro del “AU-CP-001 Proceso de Atención al Usuario y Trabajo social” se han establecido los siguientes mecanismos para identificar la información externa: “AU-PR-001 Procedimiento de Atención al Usuario y Trabajo social” y el “AU-PR-002 Procedimiento para la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones”, de allí, se derivan los instructivos: “AU-IN-001 Instructivo para la Aplicación de las Encuestas de Satisfacción”, y el AU-IN-003 Instructivo para la Apertura de Buzones”, “AU-IN-002 Instructivo para la Divulgación de los Derechos y los Deberes de los Usuarios”.

- Fuentes internas de información: La institución ha elaborado e implementado el “PC-FR-007 Listado Maestro de Documentos”, donde está identificada toda la documentación del Sistema Integrado de Gestión – SIG, el personal del hospital puede consultar la documentación en la intranet en el vínculo “Sistema Integrado de Gestión”.



- Rendición Anual de Cuentas: El informe de rendición de cuentas es una salida del “PC-CP-001 Proceso de Planeación y Gestión de la Calidad”, dicho informe se publica en la página web de la entidad.
- Tablas de retención documental: En el “GA-CP-001 Proceso de Gestión Administrativa” se ha elaborado e implementado el “GA-PR-006 Procedimiento para la Gestión de la Información”. Dentro de este procedimiento está contenido el “GA-IN-002 Instructivo para la revisión, actualización, divulgación y aplicación de las Tablas de Retención Documental”.
- Política de comunicaciones: Dentro del “PC-CP-001 Proceso de Planeación y Gestión de la Calidad” está establecido el “PC-PR-003 Procedimiento para la Comunicación Interna y Externa”. En este documento se definió la siguiente política de comunicaciones: *“El Hospital Federico Lleras Acosta asume la comunicación y la información como bienes públicos y se compromete a mejorar los procesos y actividades informativas y comunicacionales. Las acciones comunicativas se efectúan de acuerdo con los parámetros que establezca la normativa vigente y en concordancia con el Plan de Desarrollo Institucional. El compromiso con la comunicación pública, está caracterizado por la veracidad de las fuentes y su presentación, orientada para el conocimiento general y buscando que la información llegue a las partes interesadas de manera integral, oportuna, actualizada, clara, veraz y confiable, bajo políticas efectivas de generación, manejo y circulación de la misma. El Hospital se compromete a dar respuesta oportuna y de fondo a las peticiones planteadas por la comunidad. El Gerente del Hospital es el único funcionario que emite las declaraciones, hace comentarios o revela información a la prensa, radio, televisión o cualquier otro medio masivo de comunicación. Otros servidores públicos del Hospital podrán hacerlo solo*

cuando tengan autorización expresa por el Gerente de la institución. La comunicación al interior del Hospital está orientada a: la construcción del compromiso institucional, los pacientes, sentido de pertenencia y al establecimiento de relaciones de diálogo y colaboración entre los servidores *públicos y contratistas de la Empresa Social del Estado*”.

Sistemas de información y comunicación

- Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia: En el “GA-CP-001 Proceso de Gestión Administrativa” se ha elaborado e implementado el “GA-PR-006 Procedimiento para la Gestión de la Información”, dentro de éste está contenido el “GA-IN-003 Instructivo Archivo y Correspondencia”.
- Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos: Dentro del mapa de procesos de la institución se ha elaborado e implementado el “GA-CP-001 Proceso Gestión Administrativa”, cuyo objetivo es “Gestionar los recursos humanos, documentales, naturales, logísticos, físicos, de infraestructura, equipos, insumos, de información y el mantenimiento necesario, conforme a las políticas, planes, programas y requerimientos de las diferentes áreas, mediante la identificación de las necesidades, y la planeación, provisión y control de los recursos, para garantizar la prestación de los servicios de forma integral”.



- Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés: se ha establecido el siguiente mecanismo para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio: “AU-MN-001 Manual de Atención al Usuario”. Dentro del proceso de Gestión Comercial se ha establecido el “CC-PR-002

Procedimiento para la Gestión Comercial”, que permite identificar las necesidades de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), frente a la prestación del servicio.

- Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad:
La entidad pone a disposición de sus usuarios y otros grupos de interés la información pertinente a través de su página web.

BUEN GOBIERNO CORPORATIVO

Generalidades

Se entiende “Gobierno Corporativo” como “el cumplimiento de principios, reglas o estándares en el manejo de las empresas, que a la vez que permiten el alcance de los objetivos corporativos y su permanente evaluación, constituyen una plataforma de protección a los inversionistas.

El Hospital ha definido una serie de instrumentos tendientes a desarrollar un adecuado Gobierno Corporativo, que le facilite a la institución el cumplimiento de su misión y sus objetivos y la agregación de valor a sus partes interesadas. Enseguida se enuncian esos instrumentos.



Orientación Estratégica de la Entidad:
se determina y dirige desde la Gerencia, a través de los “Procesos Estratégicos” identificados en el mapa de procesos. La

Gerencia manifiesta su compromiso con el logro de esa orientación estratégica, materializada en la misión, la visión y el plan de desarrollo corporativo, y evidencia ese compromiso participando activamente en la divulgación, gestión y seguimiento de dichos determinantes estratégicos.

Políticas de Buen Gobierno para la Administración y Gestión de la Entidad: En el “Anexo 1. Listado de Políticas Institucionales”, se hace una relación de las políticas que orientan el buen gobierno para la administración y gestión de la entidad, que hacen parte integral del presente Manual. Tales políticas incluyen las políticas de desarrollo administrativo reglamentadas por el Gobierno Nacional y otras políticas normatizadas para las entidades del Estado colombiano. Estas políticas se divulgan al personal de la institución, para su cumplimiento.

Administración del Buen Gobierno:

El Hospital ha definido como mecanismos de integración una serie de Comités que coadyuvan al direccionamiento de las políticas institucionales. La OAPC mantiene



actualizado el listado de los comités institucionales. Cada comité tiene una hoja de vida que describe su funcionamiento y un acto administrativo que lo crea.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. está estructurado siguiendo los lineamientos de la normativa legal vigente. En seguida se hace una descripción de esta estructura.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: se despliega desde los procesos misionales a través de procedimientos, manuales, guías, protocolos e instructivos, que describen de manera detallada los controles aplicados para garantizar la adecuada prestación del servicio. A continuación, se hace una relación de los principales documentos asociados a cada proceso misional en el Sistema Único de Habilitación.

Documentos transversales:

MANUALES:



- Derechos y deberes
 - Acceso
 - Registro e ingreso
 - Evaluación de las necesidades al ingreso
 - Planeación de la atención
 - Ejecución del tratamiento
 - Evaluación de la atención
 - Salida y seguimiento
 - Referencia y contrarreferencia
 - Modelo de atención de enfermería, para los procesos misionales de la prestación del servicio.
- SQ-MN-001 Manual de Buenas prácticas de esterilización.
 - SI-MN-002 Administración Segura de Medicamentos, incluye los 10 correctos para la administración de medicamentos y el manejo de derrames y rupturas de medicamentos

PROGRAMAS

- PC-PG-001 Programa de Seguridad del Paciente, que incluye las estrategias de seguridad; PC-MN-002 Manual para la gestión del riesgo; SA-PT-001 Prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes, y a la transfusión sanguínea.
- AU-PG-001 Programa de Humanización de los servicios de salud.
- VE-PG-001 Programa de Prevención y Control de Infecciones, incluye el VE-MN-001 Manual de higiene de manos; VE-MN-002 Manual de bioseguridad; VE-PT-001 Medidas de aislamiento; VE-MN-003 Manual de asepsia y antisepsia; VE-IN-001 Limpieza y desinfección VE-IN-002 Manejo de ropa hospitalaria; VE-PT-





HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

002 Protocolo para el manejo de derrames de sangre y otros fluidos.

- GA-PG-001 Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares – PGIRHS.
- GA-PG-002 Programa de Mantenimiento
- GA-PG-003 Plan de Emergencias
- SF-PG-001 Programa de Farmacovigilancia
- SF-PG-002 Programa de Tecnovigilancia

PROCEDIMIENTOS

- GA-PR-001 Procedimiento para la gestión del Talento Humano
- GA-PR-005 Procedimiento para la gestión del Mantenimiento

GUÍAS, PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS

- SQ-GU-002 Guía para la sedación
- SI-GU-001 Guía para la atención del código azul (Reanimación Cardiocerebropulmonar).
- SI-PT-021 Protocolo para la aplicación del consentimiento informado.
- SI-IN-006 Manejo de historia clínica.

Documentos específicos para cada proceso

En el PC-FR-007 Listado maestro de documentos se puede encontrar la relación de todos estos documentos específicos. Sin embargo, a continuación se enuncian los más relevantes para el Sistema Único de Habilitación:

NOMBRE DEL PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO
--------------------	-------------------	----------------------



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

Prestación de Servicios de Urgencias	Caracterización de procesos	SU-CP-001 Prestación de Servicios de Urgencias
	Procedimiento	SU-PR-001 Procedimiento para la prestación de Servicios de Urgencias
	Procedimiento	SU-PR-002 Procedimiento para la prestación de Servicios de Transporte Asistencial
	Manual	SU-MN-001 Manual del sistema de referencia y contrarreferencia
Prestación de Servicios Quirúrgicos	Caracterización de procesos	SQ-CP-001 Prestación de Servicios Quirúrgicos
	Procedimiento	SQ-PR-001 Prestación de Servicios Quirúrgicos
	Procedimiento	SQ-PR-002 Programación de Cirugía
	Manual	SQ-MN-001 Manual de esterilización
	Manual	SQ-MN-002 Manual de Uso y Reuso de Dispositivos Médicos
	Manual	SQ-MN-003 Manual de Gestión del Riesgo Quirúrgico
	Manual	SQ-MN-004 Manual de Procedimientos en Cirugía

Prestación de Servicios de Internación Médica	Caracterización de procesos	SI-CP-001 Prestación de Servicios de Internación Médica
	Procedimiento	SI-PR-002 Procedimiento para la Prestación de Servicios de Internación Médica
	Procedimiento	SI-PR-001 Procedimiento para supervisión del servicio de alimentación.
	Manual	SI-MN-001 Manual de procedimientos del Banco de Leche
	Programa	SI-PG-001 Programa Madre Canguro
	Programa	SI-PG-002 Programa Cuidado Integral de Piel
Prestación de Servicios Ambulatorios y de apoyo a la atención	Caracterización de procesos	SA-CP-001 Prestación de Servicios Ambulatorios y de Apoyo a la Atención
	Procedimiento	SA-PR-001 Procedimiento para la atención de consulta externa
	Procedimiento	SA-PR-006 Procedimiento para la prestación de servicios de oncología
	Procedimiento	SA-PR-007 Procedimiento para la prestación de servicios de Imágenes Diagnósticas

	Procedimiento	SA-PR-008 Procedimiento para la prestación de servicios de Laboratorio Clínico
	Procedimiento	SA-PR-009 Procedimiento para la prestación de servicios de Laboratorio de Patología
	Procedimiento	SA-PR-010 Procedimiento para la prestación de servicios de Medicina Transfusional
	Manual	SA-MN-001 Manual de protección radiológica
	Manual	SA-MN-005 Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras del laboratorio clínico
	Manual	SA-MN-007 Manual de toma, transporte y revisión de muestras de patología
	Manual	SA-MN-008 Manual de procedimientos técnicos del laboratorio clínico
	Manual	SA-MN-009 Manual de procedimientos técnicos del laboratorio de Patología
	Manual	SA-MN-010 Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras de citología cérvico-uterina

	Manual	SA-MN-011 Manual de procedimientos técnicos del servicio de medicina transfusional
Servicio Farmacéutico	Caracterización de procesos	SF-CP-001 Caracterización del proceso del Servicio Farmacéutico
	Procedimiento	SF-PR-001 Procedimiento del Servicio Farmacéutico
	Manual	SF-MN-001 Manual de procedimiento del Servicio Farmacéutico
Vigilancia Epidemiológica, Infecciones y Estadística	Caracterización de procesos	VE-CP-001 Vigilancia Epidemiológica, Infecciones y Estadística
	Procedimiento	VE-PR-001 Procedimiento de Estadística
	Programa	VE-PG002 Programa institucional de vigilancia en salud pública
Atención al Usuario y Trabajo social	Caracterización de procesos	AU-CP-001 Atención al Usuario y Trabajo Social
	Procedimiento	AU-PR-001 Procedimiento de Atención al Usuario
	Manual	AU-MN-001 Manual Atención al Usuario
	Procedimiento	AU-PR-004 Procedimiento para Trabajo Social

	Manual	AU-MN-002 Manual Trabajo Social
Docencia, Investigación e innovación	Caracterización de procesos	ID-CP-001 Docencia, Investigación e Innovación
	Procedimiento	ID-PR-001 Procedimiento de Docencia
	Procedimiento	ID-PR-002 Procedimiento de Investigación

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



Se ha elaborado e implementado el PC-PG-002 Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y a las guías propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) y las pautas de auditoría (República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007).

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD

La institución mide y reporta los indicadores exigidos en la normativa vigente del Sistema de Información para la Calidad en Salud. Estos indicadores están relacionados en el PC-FR-009 Ficha de indicadores, que se consolidan, procesan y reportan de acuerdo al proceso definido e implementado por la institución “VE-CP-001 Vigilancia Epidemiológica Infecciones y Estadística”.



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Ibagué - Tolima
E.S.E.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN



La institución acoge los lineamientos del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia (República de Colombia. Ministerio de la

Protección Social, 2011), mediante la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC, la institución se autoevalúa teniendo como referente en la calidad esperada los estándares del Manual de Acreditación referenciados y durante cada ciclo de mejoramiento se proponen planes de mejora para alcanzar la meta de cada estándar.