

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 1 de 38

1.- OBJETIVO:

Definir criterios que orienten el diseño y control de la documentación de origen interno y externo que aseguran la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Hospital San Vicente de Arauca ESE, Conforme a los lineamientos establecidos por el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 y la Norma técnica colombiana del sistema de gestión de calidad NTC ISO 9001:2015.

2.- ALCANCE:

Este procedimiento inicia desde la identificación y recepción de requerimientos de las necesidades de diseño, mejoramiento, codificación y anulación de documentos todos los procesos concluyendo con la aprobación y difusión de los mismos.

3.- DEFINICIONES:

- **Almacenamiento:** Condiciones que permiten asegurar el buen estado de los registros de calidad.
- **Codificación:** Mecanismo alfanumérico utilizado para identificar los documentos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Institucional.
- **Control:** Conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos o procedimientos.
- **Copia controlada:** copia de un documento aprobado del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Institucional. No debe reproducirse sin autorización y siempre que cambia la versión debe ser actualizada.
- **Copia no controlada:** copia del documento aprobado del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Institucional entregado a un tercero con fines de información. Sobre estas no hay responsabilidad de actualización.
- **Diagrama de flujo:** es un documento anexo a cada procedimiento. Ver numeral 9 en este documento.
- **Documento:** información y su medio de soporte, puede ser papel, magnético, óptico, electrónico, fotográfico o una combinación de estos. Se incluyen aquellos documentos que contienen datos: especificaciones técnicas, normas nacionales, planos, planes de calidad, normas de clientes, organigrama, normas internas, documentos de origen externo.
- **Documento externo:** Son documentos expedidos por los ministerios, departamentos administrativos, entidades territoriales que de obligatorio cumplimiento deben implementarse en los trámites y servicios que presta la

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 2 de 38

entidad y que inciden directa e indirectamente en el proceso. Estos documentos (guías, manuales, instructivos, formatos etc.) se hace necesario adoptarlos a través de la actualización de los documentos que genera el proceso.

- **Documento general:** documento de tipo estratégico para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la institución, ejemplos: Mapa de procesos, Políticas y objetivos,
- **Documento obsoleto:** Es aquel que ha perdido su vigencia en fecha y contenido.
- **Formato:** documento utilizado para registrar la información de ejecución de actividades. Puede diseñarse en medio digital o impreso. Una vez diligenciado se convierte en un registro que proporciona evidencia de una acción.
- **GDO:** Grupo de Desarrollo Organizacional.
- **Guía:** documento que establece lineamientos, recomendaciones, sugerencias u orientaciones sobre un tema específico.
- **Instructivo:** es la descripción de actividades de trabajo que requieren ser detalladas minuciosamente, y que hacen parte de un proceso o procedimiento.
- **Interacción:** relación que existe entre dos o más procesos o procedimientos, la cual se da a través de las entradas (proveedores) y las salidas (clientes).
- **Lineamientos:** Documento en el cual se establecen directrices específicas o políticas internas asociadas a un tema, proceso o método en particular.

Características del lineamiento:

- Son de obligatorio cumplimiento
- Dan pautas para la toma de decisiones.
- Incluyen definiciones.
- **Macroproceso:** agrupación sistémica de los procesos que hacen parte del Ministerio de Salud y Protección Social en sus niveles: estratégicos, misionales, apoyo, y control y evaluación.
- **Manual:** documento en el cual se establecen directrices generales de varios temas, procesos o métodos, los cuales incluyen información de interés.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 3 de 38

- **Manual de calidad:** documento que describe de manera general un sistema de gestión o un aspecto del mismo, y sirve de orientación para todos los servidores públicos.

De acuerdo al Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, reglamenta la articulación del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno -MIPG (el cual incluye la actualización del MECI), en su séptima dimensión.

- **Modelo de operaciones o Mapa de procesos:** representación gráfica que refleja la gestión por procesos y el enfoque sistémico del Ministerio de Salud y Protección Social, armonizando su misión y visión.
- **MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Procedimiento:** forma especificada de llevar a cabo una o más actividades. El desarrollo de una o más procedimientos permite avanzar en el cumplimiento de los procesos.
- **Proceso:** conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transformen elementos de entrada en resultados.
- **Protección:** son las condiciones que permiten asegurar el buen estado de los Registros, su conservación y disponibilidad.
- **Punto de control:** son las decisiones importantes que deben ser tomadas en un punto del proceso o procedimiento, donde la calidad del producto o servicio puede ser afectada adversamente, y por ende el objetivo del proceso o procedimiento.
- **Recuperación:** búsqueda, consulta o acceso a los registros a través de métodos de control definidos.
- **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades adelantadas en un proceso.
- **SIG:** Sistema Integrado de Gestión.
- **Versión:** número entero que corresponde a la cantidad de veces que se ha modificado sustancialmente un documento. La primera versión del documento corresponde a la versión Uno (1).

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 4 de 38

4.- POLÍTICAS DE OPERACIÓN:

1. Ningún proceso del Hospital San Vicente de Arauca Entidad podrá crear, modificar o anular documentos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión, sin la supervisión, evaluación, codificación y control de documentos por parte de la Oficina Gestión de la Calidad.
2. El requerimiento para la creación, modificación, anulación de documentos, deberá hacerse de manera formal a través de Formato (GDE-GC-FR-014) remitido por el líder del proceso y dirigido al líder de la Oficina Gestión de la Calidad.
3. Quien elabora un documento, no podrá revisar y/o aprobar el documento.
4. Corresponde al coordinador de Gestión de la calidad asegurar el trámite adecuado de las solicitudes de elaboración, modificación o eliminación de documentos.
5. Para las solicitudes de aprobación de documentos por elaboración, modificación o eliminación, tener en cuenta la simplificación (eliminación de actividades que no agregan valor) y las oportunidades de mejora, para el proceso y/o subproceso al que este asociado el documento.
6. Gestión de calidad debe asegurar que los procesos y/o subprocesos cuenten con los documentos aprobados, actualizados; controlar que los obsoletos no estén en circulación, informar los nuevos documentos elaborados a los líderes de proceso y/o subproceso y establecer los mecanismos que permitan verificar el uso adecuado de los mismos.
7. La documentación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, está registrada en el Listado Maestro de Documentos.
8. Se debe insertar la expresión **“COPIA CONTROLADA”** en parte izquierda de pie de página a los documentos sobre los cuales existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen.
9. Es responsabilidad del líder del proceso y/o subproceso y del funcionario encargado del uso del documento, verificar que se utilice la versión vigente. El utilizar documentos desactualizados puede ocasionar desvíos al objetivo de un proceso.
10. El líder del proceso y/o subproceso debe controlar los documentos externos, mediante la identificación de los mismos, informar a Gestión de calidad que organismo externo emitió el documento, para así garantizar el uso adecuado de las versiones, para proceder a realizar las actualizaciones correspondientes, y así hacer el control de las versiones a través del listado maestro.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 5 de 38

11. Cuando en un documento se consolide información, actividades o responsabilidades concernientes a varios procesos o subprocesos, el líder que identifique la necesidad de ajustar los conceptos allí relacionados, deberá informar al responsable del documento las modificaciones correspondientes para garantizar su oportuna actualización.
12. El líder del proceso debe revisar mínimo una vez al año los documentos del proceso o subproceso con el fin de verificar su pertinencia y realizar las actualizaciones necesarias.
13. Para dar cumplimiento a la directriz institucional “Cero papel”, los documentos pueden mantenerse en el sitio de uso en forma electrónica.
14. Todos los documentos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión son de libre acceso para los funcionarios del Hospital san Vicente, quienes pueden consultarlos o descargarlos en el **Link: intercambio Aragón/BIBLIOTECA HSVA**
15. Los documentos obsoletos que se necesiten conservar para procesos jurídicos son los que ameriten mayor relevancia para la Entidad como: (Guía, procedimientos, protocolos) serán identificados con el texto “Documento Obsoleto”.
16. La estructura documental del Modelo Integrado de Planeación y Gestión estará jerarquizada en 4 niveles, los cuales se reflejan en la siguiente pirámide.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 6 de 38

5. ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS:

Los tipos de documentos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Hospital San Vicente de Arauca ESE se muestran en la siguiente gráfica:

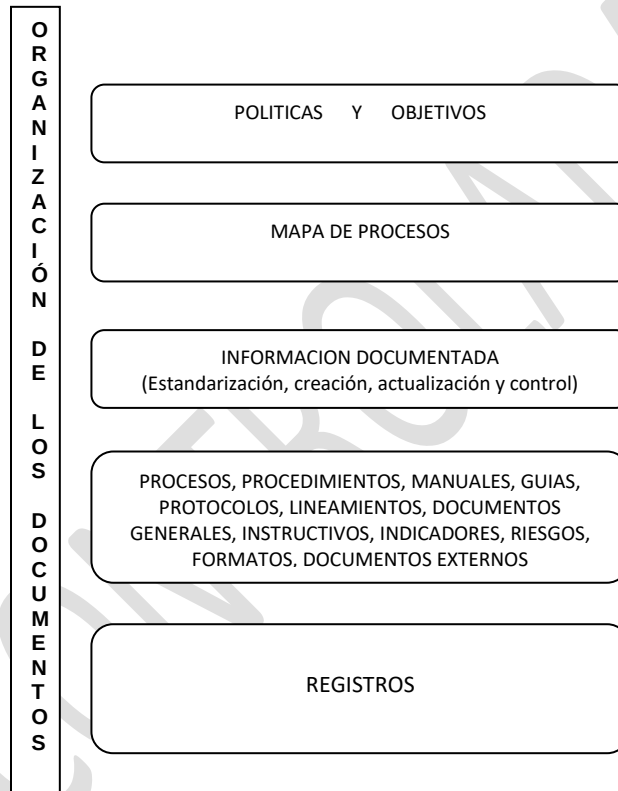


Figura 1. Tipos de documentos utilizados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

La presentación de los documentos debe permitir uniformidad, a excepción de los formatos que se ajustan a los requerimientos de información del proceso.

6.- CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA PRESENTACION DE LOS DOCUMENTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD:

En el sistema de calidad los procesos y procedimientos deben estar documentados. Por consiguiente lo que se desprenden de ellos como: manuales, guías, instructivos, protocolos, formatos, deben estandarizarse para garantizar la uniformidad de los documentos.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 7 de 38

6.1.- Generalidades:

- **Tipo y tamaño de Papel:** deberán realizarse en hoja de papel bond blanco, tamaño carta.
- **Tipo de letra:** El tipo de letra debe ser Arial y el tamaño a 12 puntos.
- **Interlineado:** El contenido será en interlineado sencillo. Pero deberá ser doble, después de cada título o subtítulo.
- **Márgenes:** Los márgenes según las normas ICONTEC son:
 - ✓ Superior: 3cm
 - ✓ Inferior: 3cm
 - ✓ Izquierdo: 4cm.
 - ✓ Derecho: 2cm.
- **Impresión:** De acuerdo a la última actualización de las normas ICONTEC (norma técnica Colombiana 1486), los documentos podrán imprimirse a doble cara, para economizar el uso de papel. Se imprimen aquellos documentos que por norma requieren su impresión para efectos de certificado documental (la norma requiere el documento físico (un original) para efectos de firmas que avalan la responsabilidad del servidor público que aprobó y viabilizó el documento), el cual debe estar adecuadamente documentado y actualizado, de acuerdo al entorno tecnológico y normativo vigente. Por consiguiente para efectos de firmas se imprime un solo ejemplar y este se digitaliza para su reproducción.
- **La Redacción:** El documento deberá realizarse en tercera persona. Es decir que el narrador no está involucrado en los hechos que describe. Se debe enfocar en los hechos y no en las opiniones. Utilizar y saber usar los signos de puntuación: punto, coma, punto y coma; puntos suspensivos... signos de interrogación ¿? signos de exclamación ¡! paréntesis () corchetes [] raya — comillas “ “
- **Buen uso de la Ortografía:** Antes de imprimir un documento se debe revisar y hacer las correcciones de ortografía a lugar.
- **La numeración:** Un documento se enumera en forma continua empezando por 1

Ejemplo:

 1. ORIGEN
 - 1.1. ORIGEN
 - 1.1.1. Origen y trayectoria

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 8 de 38

- **Las ilustraciones:** Los nombres de las ilustraciones (tabla, cuadro, gráfica o figura) se debe escribir en la parte superior, al margen izquierdo de la figura. En su numeración se utilizan números arábigos en orden consecutivo a través de todo el texto. Lleva un título breve sobre su contenido, el cual se coloca en la parte superior después de la palabra tabla, cuadro o figura con mayúscula inicial, seguido del número correspondiente y punto. **La fuente** se debe escribir al borde inferior de la ilustración en mayúscula inicial. Las ilustraciones no deben quedar sueltas, deben quedar en la página que describe su información.
- **El texto del documento:** debe llegar hasta el margen inferior de 3 cm. Se debe evitar títulos o subtítulos solos al final de la página o renglones sueltos.
- **El uso de siglas o abreviaturas:** Se debe escribir su significado.
- **Uso de las citas:** Uno de los errores más comunes que se comenten a la hora de hacer un documento son las pautas para citar, el cual es indispensable a la hora de mencionar un texto que no es de nuestra autoría pero que la ocasión lo amerita, cayendo muchas veces en el fallo de llegar a cometer “plagio” **debido a la no utilización de citas.** Las normas ICONTEC permiten citar elementos de fuentes consultadas para la elaboración de documentos, tales como: publicaciones en serie, libros artículos, videos discos, normas técnicas y legales, grabaciones sonoras, programas de radio y televisión, material gráfico, patentes, publicaciones personales, entre otros.

En el carnaval de miseria y derroche propio del capitalismo tardío se oye a la vez lejana y ausente la voz de Goethe y Marx que nos convocaron a un trabajo creador, difícil, capaz de situar al individuo concreto a la altura de las conquistas de la humanidad”

1. ZULETA, Estanislao. Sobre la idealización en la vida personal y colectiva y otros ensayos. Elogio de la dificultad. Bogotá: Procultura, 1985, p. 13.
- **Notas al pie:** Se utilizan para facilitar la comprensión de un texto, deben ser lo más reducidas posibles en cantidad y en longitud que las incluyan sólo cuando éstas faciliten la comprensión del texto, dan cuenta de las fuentes utilizadas y tengan un interés bibliográfico considerable. La nota al pie sirve para indicar la fuente de una cita o la referencia de una obra mencionada en el texto. A veces, se utiliza para incluir un comentario breve.

La nota al pie siempre termina con un signo de puntuación (por lo general, un punto), salvo cuando figura dentro de cuadros gráficos o de estados financieros. Las notas son numeradas de manera consecutiva, del comienzo al final del texto. Cuando se crea una nota al pie, el número de llamada de nota se coloca inmediatamente detrás de la palabra o del grupo de palabras a que se refiere, generalmente en voladita. Cuando se

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 9 de 38

encuentra al final de una frase, se coloca siempre delante del punto final. No se ha de dejar espacio entre la palabra y el número de la llamada. Ejemplo:

En Huambo, durante el mes de mayo, el CICR hizo gestiones para reunirse con los responsables de la UNITA¹.

¹ UNITA: Unión Nacional para la Independencia Total de Angola.

6.2. ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA DE LOS DOCUMENTOS Y FORMATOS:

6.2.1.- ENCABEZADO

El encabezado de los documentos y formatos deben llevar:

- 1. Logo:** Imagen que identifica el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E
- 2. Sistema integrado de gestión.** (sistema integrado de planeación y gestión)
- 3. Código:** Especifica la identificación del documento en el mapa de proceso institucional.
- 4. Nombre del Proceso:** Una vez codificado el proceso se describe su nombre para tener conocimiento el área funcional responsable de su socialización e implementación.
- 5. Versión:** Es el control de actualización del documento, inicia en 01 y va aumentando de acuerdo con las actualizaciones que se realicen al documento.

La actualización de documentos se da en los siguientes casos:

- Procesos y procedimientos, protocolos: Cuando hay Actualización de las normas que regula el proceso, restructuración o rediseño organizacional, supresión de trámite o servicio, políticas y normas de la entidad, nuevo servicio o trámite. Si no se presenta ninguna novedad se debe revisar para su actualización cada tres (03) años.
- Para manuales, guías se deben actualizar cada cinco (05) años.
- Protocolos y procedimientos se debe actualizar cada tres (03) años
- Formatos cada vez que se requiera.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 10 de 38

6. Nombre del documento: Es el tema a tratar en el documento.

7. Fecha: Es la fecha a partir de la cual entra en vigencia el documento.

8. Página: es la numeración de página del documento por lo general se elige la siguiente opción: principio de página: pagina 1 de 1.

1. 	2. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	3. CODIGO: XXXX –XX-XX-000
	4.NOMBRE DEL PROCESO AL QUE PERTENECE EL DOCUMENTO Y NOMBRE DEL SUBPROCESO (CUANDO APLIQUE)	5.VERSIÓN:2
	6.NOMBRE DEL DOCUMENTO	6.FECHA: 7.PÁGINA: X de Z

Nota: En caso de los registro será exonerar el punto 8. Numero de Página

6.2.2.- PIÉ DE PÁGINA:

El pié de página de los documentos y registro del Sistema Integrado de Gestión se coloca en la última página del documento y contiene:

1. CONTROL DE DOCUMENTO				
2. VERSION	3. FECHA APROBACIÓN			4. MOTIVO
	DIA	MES	AÑO	
XX	XX	XX	XXXX	Creación del Documento
XX	XX	XX	XXXX	Detalle de las modificaciones (inclusiones o exclusiones) que se le hayan realizado al documento.

6.3.- CONTROL DE LA INFORMACION DOCUMENTADA:

- Versión:** Se coloca el número que se utilizó en el encabezado.
- Fecha de Viabilización:** Contiene el día, mes y año de forma numérica de la fecha de aprobación del documento.
- Motivo:** La primera vez debe registrarse que corresponde a la creación del documento; en adelante se debe registrar con detalle las modificaciones (inclusiones o exclusiones) que se le hayan realizado al documento.

“Trabajando por la Salud del pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030-Correo electrónico: contactenos@hospitalsanvicente.gov.co
Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co- Facebook Hospital San Vicente Arauca- Twitter: @SanArauca-
Youtube: Hospital San Vicente de Arauca, Arauca / Colombia

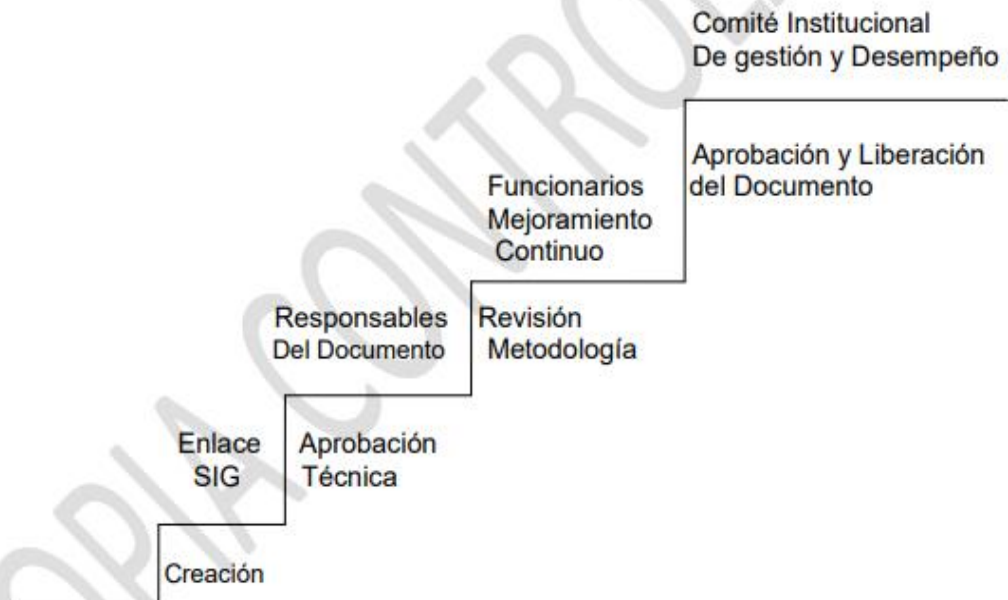
 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS		FECHA: 17/08//2021
			Página: 11 de 38

NOTA: PARA EL CASO LOS FORMATOS SE PUEDE INCLUIR ADICIONALMENTE EN EL CUADRO DE CONTROL DE DOCUMENTOS EL ASPECTO DE DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS COMO SE ILUSTR A CONTINUACIÓN.

6.3.1.- Distribución de Documento: Definir y relacionar los procesos en los cuales debe reposar el respectivo documento.

1. CONTROL DE DOCUMENTO					
2. VERSION	FECHA APROBACIÓN			MOTIVO	5. DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS
	DIA	MES	AÑO		
XX	XX	XX	XXXX	Creación del Documento	Definir y relacionar los procesos en los cuales debe reposar el respectivo documento.
XX	XX	XX	XXXX	Detalle de las modificaciones (inclusiones o exclusiones) que se le hayan realizado al documento.	

Para crear un proceso, procedimiento, instructivo, manual, lineamiento, guía, formato o documento general en el aplicativo SIG se debe tener en cuenta el flujo de aprobación de documentos, como se muestra a continuación:



 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 12 de 38

6.3.2.- Aprobación del Documento: En la siguiente tabla se da la ilustración los responsable de cambios y elaboración de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad:

TABLA 1.- Responsables de Cambios y elaboración de documentos

DOCUMENTO	ELABORA O ACTUALIZA	REVISA Y APRUEBA
Política y objetivos del sistema de gestión	Líder del sistema de gestión	Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
Mapa de procesos	Jefes de Área o líderes de procesos	Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Control de la Información documentada. Instructivo de la elaboración de documentos en el sistema de gestión	Líder del sistema de gestión de calidad	Comité institucional de gestión y desempeño
Procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos, lineamientos, documentos generales, instructivos, indicadores, riesgos, formatos, documentos externos.	Líder de proceso o procedimiento.	Revisa: Jefe de Área Viabiliza: Subdirección donde se ejecuta el proceso bien sea: Subdirección Administrativa y financiera, Subdirección científica. Aprueba: Comité institucional de gestión y desempeño.
Registro	Líder de proceso o procedimiento	Revisa y aprueba: jefe de área

1. ELABORO/ACTUALIZO:	2. REVISO:	3. VIAVILIZÓ:
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:	CARGO:
FECHA:	FECHA:	FECHA:

1. Elaboró/Actualizó: Nombre completo, cargo y fecha de quien Elaboro el documento.

“Trabajando por la Salud del pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030-Correo electrónico: contactenos@hospitalsanvicente.gov.co
Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co- Facebook Hospital San Vicente Arauca- Twitter: @SanArauca-
Youtube: Hospital San Vicente de Arauca, Arauca / Colombia

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 13 de 38

En el siguiente punto se debe tener en cuenta lo siguiente: La jerarquía de acuerdo a la estructura orgánica de la entidad, si el servidor público quien elaboro o actualizo el documento, cuenta con un jefe inmediato, supervisor (responsable de liderar el proceso bien sea estratégico, misional de apoyo o de evaluación) el documento debe contar con la revisión y Viabilización del superior jerárquico, para seguir el trámite de aprobación por la Subdirección respectiva.

2. Aprueba: De acuerdo al tema del documento y las áreas involucradas para su implementación se debe pasar al comité o al equipo transversal de acuerdo a la resolución No.2-0587 del 2020, equipos transversales e interdisciplinarios de apoyo para la implementación, operación y sostenibilidad del modelo integrado de planeación y gestión MIPG del Hospital San Vicente de Arauca. Para su aprobación.

2.1.- Revisó: Nombre completo, cargo y fecha del jefe inmediato, supervisor o líder del proceso, que reviso los documentos.

2.2.- Viabilización: Nombre completo, cargo y fecha del responsable quien viabilizo el documento. Para la Viabilización del documento se hace necesario identificar el proceso (estratégico, misional, apoyo y de evaluación) y la Subdirección que lidera el proceso.

Nota: Cuando el documento requiera ser viabilizado por alguno de los comités asistenciales (citar o explicar en qué casos debe ser viabilizado por un comité) se deberá incluir un cuadro adicional de firmas con la Viabilización del secretario técnico del comité respectivo.

1. ELABORO/ ACTUALIZO :	2. REVISO:	3. REVISO Y Vo.Bo:	4. VIABILIZO:	5. VIABILIZO:
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:	CARGO:	COMITE:	CARGO:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

Para el caso de los registros (Formatos) el pie de página de control de documentos y elaboro, reviso y viabilizó no se coloca en los que se imprime para diligenciar en el proceso.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 14 de 38

6.3.3.- SISTEMA DE CODIFICACIÓN:

El código se establece a partir de la clasificación del proceso, subproceso al cual pertenece el documento, tipo de documento y consecutivo como se muestra a continuación:

XXX - XXX - YYY - ZZZ

- El primer trío de letras identifican el proceso, el segundo el subproceso al que pertenece el documento, el tercer trío el tipo de documento y para identificar la actividad se agrega un número, de acuerdo a la actualización del mapa de procesos. La siguiente tabla muestra las abreviaturas (códigos) y las actividades correspondientes a cada proceso:

TABLA 2. Abreviatura de los Procesos

PROCESOS HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA		
PROCESOS ESTRATÉGICOS		
PROCESO	ABREVIATURA	SUBPROCESO
1. Gestión de Direccionamiento Estratégico (GDE)	GDE- D-	Dirección
	GDE-PL-	Planeación
	GDE-SA	Sub. Administrativa
	GDE-SC	Sub Científica
	GDE-SP	Seguridad del Paciente
	GDE-SG	Garantía de la Calidad
	GDE-GC	Gestión de la Calidad
	GDE-E	Epidemiología
2. Gestión de Talento Humano TH	GTH-SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
TH	GTH-NM	Nomina
3. Gestión Información al Usuario (GIU)	GIU-TS	Trabajo Social

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 15 de 38

	GIU-CM	Comunicaciones
PROCESOS MISIONALES		
PROCESO	ABREVIATURA	SUBPROCESO
4. Servicio de Urgencias (UR)		
6. Servicio de Internación (Adultos, Pediatría, Ginecoobstetricia y UCI) (I)	UR	N.A
	HA	Hospitalización Adultos
	HP	Hospitalización Pediatría
	HGO	Hospitalización Ginecoobstetricia
	CBN	Cuidado Básico Neonatal
	CIMN	Cuidado Intermedio Neonatal
	CIMA	Cuidado Intermedio Adulto
	CIN	Cuidado Intensivo Neonatal
	CIA	Cuidado Intensivo Adulto
6. Servicio Quirúrgico (Q)	Q	Quirófano
7. Servicio Consulta Externa (CE)	CE	Consulta Externa
8. Servicio Transporte Asistencial (TA)	TA	Transporte Asistencial
7. Servicio de Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica(DT)	LC	Laboratorio Clínico
	TM	Toma de Muestras
	LH	Laboratorio Citohistotecnología
	ID	Imágenes Diagnosticas
	ST	Servicio Transfusión Sanguínea
	TF	Terapia Física
	TR	Terapia Respiratoria
	TO	Terapia Ocupacional

“Trabajando por la Salud del pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030-Correo electrónico: contactenos@hospitalsanvicente.gov.co
Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co- Facebook Hospital San Vicente Arauca- Twitter: @SanArauca-
Youtube: Hospital San Vicente de Arauca, Arauca / Colombia

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 16 de 38

	FA	Terapia Fonoaudiología
	FAR	Farmacia
11. Servicio Esterilización	E	Esterilización

PROCESOS DE APOYO		
PROCESO	ABREVIATURA	SUBPROCESO
12. Gestión Jurídica (GJU)	GJU	N.A
14. Gestión Financiera y Contable (GFC)	GFC-PR	Presupuesto
	GFC-CO	Contabilidad
	GFC-COS	Costos
	GFC-TE	Tesorería
	GFC-FA	Facturación
	GFC-CA	Cartera
	GFC-AU	Auditoria Cuentas Medicas
15. Gestión Física y Ambiental (GFA)	GFA-AL	Almacén
	GFA-MT	Mantenimiento de infraestructura, tecnología y Equipos
	GFA-AM/S	Ambiental y Sanitario
16. gestión tecnología y documental (GTD)	GTD-SI	Sistemas de Información
	GTD-AR	Archivo
	GTD-HC/E	Historias Clínicas y Estadística

PROCESOS DE EVALUACIÓN	
PROCESO	ABREVIATURA
17. gestión de evaluación seguimiento y control (control interno)	ESC

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 17 de 38

Nota: Los documentos y registros (formatos) que apliquen de manera transversal a todos o algunos procesos misionales se codifican en los tres primeros dígitos como **MIS**, en donde “**MIS**” significa Misionales. Por ejemplo:

MIS-FR-XXX, MIS-PR-XXXX, MIS-PC-XXX, MIS-GC-XXX

- El segundo trío de letras indica el tipo de documento; la siguiente tabla muestra los códigos correspondientes, a los tipos de documentos del Sistema de Gestión y Garantía de Calidad de la institución.

Tabla 3. Abreviaturas de los Tipos de Documentos

Documento	Código
Manuales	MN
Plan	PL
Procedimiento	PR
Instructivo	IN
Documento de origen Externo	DE
Protocolos	PC
Guías Clínicas	GC
Política	PO
Formato	FR
Caracterización	CR
Mapa de Riesgo	MR
Mapa de Procesos	MP

- El Tercer trío de dígitos corresponde a un consecutivo para cada tipo de documento dentro de cada proceso, va desde 001 y aumenta consecutivamente en la documentación.

A continuación se muestran ejemplos para ilustrar la nomenclatura a seguir:

MC-PR-001 Significa: Procedimiento N° 001 del proceso Gestión de Mejoramiento Continuo / Actividad Gestión de Calidad

MC-FR-001 Significa: Formato N° 001 del proceso Gestión de Mejoramiento Continuo / Actividad Gestión de Calidad

TH-PR-002 Significa: Procedimiento N° 002 del proceso Gestión Talento Humano / Talento Humano.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 18 de 38

En caso que el documento no se acomode a la clasificación presentada, se analizará las iniciales y se establecerá una modalidad adicional. Esta operación solamente será realizada por el administrador del Listado Maestro de Documentos.

7. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS: Para Procesos y procedimientos se debe tener en cuenta la racionalización y simplificación de trámites y servicios con su respectiva cadena valor que a continuación se describe:

Para los procesos y procedimiento, se debe utilizar el formato de caracterización de procesos, que se describe a continuación.

7.1.- FORMATO DE CARACTERIZACION: Es el esquema general donde se interrelacionan cada uno de los pasos que componen el ciclo del proceso, tiene como objetivo dar detalles sobre cada uno de los componentes identificados de manera clara, coherente y precisa. Recopilando la información asociada a la medición, evaluación e identificación de riesgos asociados al proceso, variables del entorno y los recursos requeridos para llevar a cabo el mismo. De lo expuesto y en cumplimiento a la norma técnica colombiana NTC-ISO 9001:2015, se debe establecer los procesos necesarios y sus interacciones conforme a la norma internacional en su Numeral 4.4.1 que textualmente dice:

- a) Establecer las entradas requeridas y las salidas esperadas de tales procesos.
- b) Determinar tanto la secuencia como la interacción de estos procesos.
- c) Determinar y aplicar los criterios y métodos necesarios para asegurar la eficacia de la operación y el control de estos procesos.
- d) Estipular los recursos necesarios para estos procesos y asegurar que están disponibles.
- e) Asignar responsabilidades y autoridades para estos procesos.
- f) Manejar los riesgos y oportunidades
- g) Evaluar tales procesos e implementar los cambios necesarios para asegurar que estos procesos logran los resultados previstos.
- h) Mejorar los procesos y el Sistema de Gestión de la Calidad.

Para tener mayor claridad en los conceptos que se encuentran inmersos en el formato de caracterización a continuación se hace una descripción a saber:

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 19 de 38

7.1.1.- PROCESO: Secuencia ordenada de actividades interrelacionadas que agregan valor, los procesos pueden clasificarse en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Para identificar el proceso es necesario consultar el mapa de procesos adoptado por la entidad.

7.1.2.- SUB PROCESO: Es un proceso que hace parte del proceso principal.

7.1.2.1.- RESPONSABLES: Asignar y reconocer responsabilidades para cada uno de los procesos y actividades que se desprenden de los mismos.

En un proceso se desprende actividades que se interrelacionan secuencialmente, por consiguiente se encuentran varios actores que se involucran en la ejecución de las mismas las cuales son indispensables para la operatividad del proceso. Por consiguiente la responsabilidad de su adecuada operación recae sobre una o varias personas, es decir, que no solo los directamente involucrados en los procesos son los únicos responsables, también lo son quienes deben rendir cuentas de la adecuada operación de estos; en este orden de ideas se deben identificar el responsable de la ejecución del proceso, subproceso y actividades de los mismos.

7.1.2.2.- OBJETIVO DEL SUB-PROCESO: Para llevar a cabo una adecuada estructuración del objetivo se debe cumplir con las siguientes características:

1.- Especifico: Con el fin de evitar la ambigüedad en la redacción de un objetivo se debe responder las siguientes preguntas, para encaminar las metas del mismo: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Dónde? pueden ser útiles para poder ser lo suficientemente específico en la redacción del objetivo.

2.- Medible (Measurable): Todo objetivo debe ser claramente medible con respecto a la referencia elegida, es decir que debe tener un carácter cuantificable.

3.- Alcanzable: Esta es una característica clave, ya que determina si la meta que se establece dentro de la formulación del objetivo es realista o, por el contrario, se encuentra sobrestimada o subestimada, ya que, en ambos casos, esto puede traer consecuencias negativas para la entidad.

4.- Realista: el objetivo debe fijar claramente su campo de acción y posibilidades. Se deben considerar recursos, factores externos e información de actividades previas, a fin de contar con elementos de juicio para su determinación. ¿Es razonable con respecto de la situación interna y externa de la empresa?.

5.- A tiempo: Corresponde a la pregunta del ¿cuándo? es indispensable trazar el periodo de tiempo límite en el que se debe cumplir el objetivo. Establecer un tiempo al objetivo ayudará a saber si lo que se está haciendo es lo óptimo para llegar a la meta, así mismo, permite determinar el cumplimiento y medición finales.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 20 de 38

A continuación se da la siguiente estructura para la redacción del objetivo del proceso:

Acción a realizar (verbo fuerte) + objeto (debe responder al qué) + elementos descriptivos globales (complemento del objetivo).

7.1.2.3.- ALCANCE: Es el límite del proceso. En donde inicia y a donde termina

7.1.2.4.- PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL: Es el enfoque gerencial que permite a la alta dirección determinar un rumbo claro, y promover las actividades necesarias para que toda la entidad trabaje en la misma dirección. La plataforma estratégica debe estar adoptada por la entidad.

7.2.- ETAPÀ CLAVE EN LA EJECUCION DEL PROCESO:

Cada proceso cuenta con una serie de entradas que pueden ser internas o externas a la entidad. Por esta razón, el responsable del proceso, sub proceso, actividad, o a quién competa la labor, debe identificar cuáles son las entradas (el tipo de entrada, si son internas o externas) y cuál es el rol que desempeña dentro del proceso, subproceso o actividad de transformación que se lleva a cabo al interior del mismo, debe preguntarse: ¿Qué insumos requiero para realizar mi proceso? ¿Cuáles de estos insumos, son internos a la entidad y cuáles son los externos.

7.2.1.-IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR:

Al tener identificadas las entradas, se debe identificar el proveedor o posibles proveedores de cada una de las entradas identificadas. Estos proveedores suministrarán los insumos o recursos necesario para la transformación de las entradas por consiguiente se debe preguntar ¿Quién es el proveedor de la entrada?, es importante tener claridad el tipo de proveedor que suministrara la entrada por esta razón se hace necesario su clasificación si es externo o interno.

7.2.2.- IDENTIFICAR LAS ENTRADAS DEL PROCESO:

Las entradas del proceso hace referencia a la información o al recurso que se requiere para desarrollar la actividad por ejemplo puede tratarse de materiales, requisitos o recursos.

7.2.2.1- ACTIVIDAD:

Es una tarea que se realiza y se transforma en valor, es importante identificar qué entrada necesitamos para el desarrollo de la actividad; de allí se desprenden posibles controles y puntos de control para hacer el seguimiento del desempeño y medirlo. Al identificar la actividad se debe analizar si esta es necesaria ejecutarla o se puede simplificar o suprimir, cumpliendo con el marco normativo de la simplificación de trámite. Por ejemplo: Exigir un requisito: No se puede exigir al usuario sello en un documento ya

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 21 de 38

que la norma abolió esta tarea, otro ejemplo exigirle al usuario copias ya que hay una norma del cero papel o carnet de aseguramiento, puesto la norma nos dice que se puede hacer la consulta en páginas donde se encuentra afiliado el usuario.

Una vez simplificada nuestra actividad, tenemos que identificar nuestras actividades en el ciclo PHVA:

Planificar: Establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente (USUARIO) y las políticas de la entidad e identificar y abordar riesgos y las oportunidades.

Hacer: Implementar lo planificado

Verificar: Realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de las actividades, proceso, productos o servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos e informar sobre los resultados.

Actuar: Tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

7.2.2.2- DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

Descripción brevemente de la actividad, que haya claridad sobre qué se hace, cómo se hace y lo que se requiere para llevarlo a cabo.

- **SALIDA DEL PROCESO:** Es el resultado que se deriva de la transformación de la actividad, convertida en producto con características específicas. De allí el responsable de la ejecución de la actividad (proceso o subproceso) se debe hacer las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las salidas del proceso?

¿Las salidas esperadas del proceso son consistentes con las necesidades y requerimientos esperados por el usuario?

¿Las salidas cumplen con el objetivo con el cual se lleva a cabo el proceso?

- **CLIENTES (USUARIOS):** Personas a las que va dirigido el producto generado por la actividad del proceso. Verificar que el producto o servicio cumple con los requisitos y especificaciones solicitados por el usuario. Aquí también identificamos si el producto va dirigido al cliente externo o interno.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 22 de 38

7.3.- ENTORNO ESPECÍFICO DEL PROCESO: Hace referencia al pensamiento basado en riesgo, cuando se finaliza la etapa clave en la ejecución del proceso, se identifican las actividades claves del proceso. Se identifica los riesgos que estén o no bajo el control del proceso, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad y la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo, alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos los cuales pueden afectar la ejecución de las actividades y puedan incidir en el cumplimiento del objetivo del proceso.

- **Normatividad:** El Hospital San Vicente por ser empresa social del estado, estamos regulados por las normas constitucionales y legales, por consiguiente en esta parte se describe todas las normas y leyes que regula el proceso.

7.3.1.- IDENTIFICACION DE RIESGO EN EL PROCESO: Es importante consultar el mapa de riesgo del proceso.

- **Identificación de los puntos de riesgo:** son actividades dentro del flujo del proceso donde existe evidencia o se tienen indicios de que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo y deben mantenerse bajo control para asegurar que el proceso cumpla con su objetivo.
- **Identificación de áreas de impacto: el área de impacto:** es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo. Los impactos que aplican son afectación económica (o presupuestal) y reputacional.
- **Identificación de áreas de factores de riesgo:** son las fuentes generadoras de riesgos.
- **controles existentes:** Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo, describir brevemente del tipo de control implementado para evitar que se materialice el riesgo.

7.4.- RECURSOS DEL PROCESO: Determinar los recursos necesarios para el establecimiento, la implementación, mantenimiento y mejora continua del proceso. Aquí es importante tener como herramienta base el inventario documental y el de bienes a cargo.

- **Humanos:** Se debe determinar las personas necesarias para la implementación eficaz, operación y control del proceso. En este punto se describe el personal netamente necesario en la ejecución del proceso, es de resaltar que una actividad no la puede desarrollar varias personas pero varias actividades puede desarrollarla una persona; por ejemplo: la actividad de organizar el archivo de gestión conforme a las tablas de retención documental. En esta actividad se

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 23 de 38

desprende tarea de clasificar y ordenar. No se necesita dos personas para ejecutar la tarea de clasificar y otra de ordenar ya que una persona para organizar el archivo puede realizar la clasificación y el orden de los documentos al mismo tiempo, esto se llama simplificación de actividades, en el sistema de gestión de calidad.

- **Físico:** Se debe determinar la infraestructura necesaria para la operación del proceso, el cual comprende: Equipos técnicos (hardware y software), transporte, tecnologías: (información y comunicación) otros insumos: (Papelería, útiles de oficina, herramientas de trabajo, material de bioseguridad).
- **Ambiente de trabajo:** Se debe determinar, proporcionar y mantener ambiente de trabajo necesario para la operación del proceso tales como:

1.- Un ambiente libre de conflictos

2.- Reducción de estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones.

3.- temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido.

En este punto es importante consultar los estudios que haya realizado salud ocupacional al área donde se ejecuta el proceso.

- **Documentos aplicables internos/ (tramite:** a la documentación interna y externa que se aplica al proceso tales como: **Documentación interna:** manual, instructivo, protocolo, formatos, tablero de indicadores, direccionamiento estratégico de la entidad etc., nomograma **Documentación externa:** Normas constitucionales y legales del estado, formatos a nivel nacional, protocolos del ministerio de salud otros.

7.5. REQUISITOS A CUMPLIR: Como se había mencionado antes, nuestra entidad por ser una empresa social del estado, debemos cumplir con la implementación del modelo integrado de planeación y gestión y la norma técnica de calidad de la gestión pública, estas normas describen los productos a elaborar, adoptar e implementar en el proceso. Siguiendo este orden de ideas, de acuerdo al proceso que se está liderando se identifica que productos se requieren implementar como requisito a cumplir por estas normas. Por otra parte los requisitos legales, hace referencia a las normas constitucionales y legales a cumplir tales como: instructivos, protocolos, circulares, ley otros.

7.6. SEGUIMIENTO Y MEDICION: Se describe la información documentada apropiada como evidencia de que las actividades de seguimiento y medición son idóneas para su

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 24 de 38

propósito. En este punto se requiere consultar el plan de acción institucional, plan de mejoramiento, actividades que se haya implementado para hacer el seguimiento.

7.7.- INDICADORES DEL PROCESO: son formulados para monitorear el desempeño del proceso.

Se deben definir los mecanismos a través de los cuales se hará el seguimiento y evaluación al cumplimiento del objetivo. Esto permitirá, verificar el logro de objetivos y metas, así como el alcance de los resultados propuestos e introducir ajustes a los planes de acción, plan de mejoramiento. Por ello, es recomendable contar con un grupo de indicadores que permita conocer el estado real de la ejecución de las actividades, el logro de metas, objetivos o resultados y sus efectos en los usuarios los cuales reciben el producto. Se recomienda formular indicadores estrictamente necesarios, es decir los de actividades claves al proceso con el fin de garantizar la cadena valor del mismo. Para su construcción es útil:

- Tener claro el objetivo, para identificar aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.
- Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución del objetivo.
- Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.
- Definir indicadores a utilizar (eficiencia, eficacia, calidad y economía) siguiendo la metodología adoptada por la entidad “tablero de indicadores”

Mapa de riesgos del proceso: Hace referencia a la matriz que contiene los riesgos que pueden afectar el cumplimiento del objetivo del proceso y su administración. Ver procedimiento Administración de riesgos.

Normograma: Hace referencia al instrumento que contiene la normativa y otros documentos de origen externo que rigen el proceso. Proceso de Gestión Jurídica.

Tablero de indicadores. Hace referencia a los indicadores definidos para el proceso, acorde con lo establecido en el procedimiento Seguimiento y evaluación del SIG.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 25 de 38

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO-SUBPROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD - GDC	VERSIÓN: 04
	CARACTERIZACION	FECHA: GDE-GC-CR-001 Página 1 de XX

PROCESO:

SUBPROCESO

RESPONSABLE:

OBJETIVO DEL SUBPROCESO

ALCANCE:

PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL

MISION	VISION	OBJETIVO GENERAL

ETAPÀ CLAVE EN LA EJECUCION DEL PROCESO

PROVEEDOR	TIPO	ENTRADA	ACTIVIDAD CLAVE DEL PROCESO (Descritas bajo ciclo PHVA)	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLES	SALIDAS	CLIENTES	TIPO
PLANEAR								
PROVEEDOR	TIPO	ENTRADA	ACTIVIDAD (Descritas bajo ciclo PHVA)	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLES	SALIDAS	CLIENTES	TIPO
HACER								

PROVEEDOR	TIPO	ENTRADA	ACTIVIDAD (Descritas bajo ciclo PHVA)	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLES	SALIDAS	CLIENTES	TIPO
VERIFICAR								

PROVEEDOR	TIPO	ENTRADA	ACTIVIDAD (Descritas bajo ciclo PHVA)	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLES	SALIDAS	CLIENTES	TIPO
ACTUAR								

ENTORNO ESPECIFICO DEL PROCESO

NORMATIVIDAD	RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES EXISTENTES

RECURSOS NECESARIOS PARA EL PROCESO

HUMANOS	FISICOS	AMBIENTE DE TRABAJO	DOCUMENTOS APLICABLES INTERNOS/TRAMIE

REQUISITOS A CUMPLIR

“Trabajando por la Salud del pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030-Correo electrónico: contactenos@hospitalsanvicente.gov.co
 Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co- Facebook Hospital San Vicente Arauca- Twitter: @SanArauca-
 Youtube: Hospital San Vicente de Arauca, Arauca / Colombia

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 26 de 38

REQUISITOS NTCGP1000	REQUISITOS MIPG	REQUISITOS LEGALES

MEDICION DEL PROCESO –INDICADORES
VER TABLERO DE INDICADORES-FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DEL PROCESO

FIRMA: Líder del proceso	FIRMA: del representante de MIPG-CALIDAD / Subdirector Administrativo	FIRMA: Gestión de calidad/ Garantía de la calidad
FECHA: DD/MM-AAAA	FECHA: DD/MM-AAAA	FECHA: DD/MM-AAAA

8.- LA DOCUMENTACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTO: En cumplimiento a la norma técnica colombiana NTC-ISO 9001 INFORMACION DOCUMENTADA, se debe contar con información documentada de procesos y procedimientos.

8.1.- LOS PROCEDIMIENTOS: Los procedimientos son el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la entidad en la medida en que especifican paso a paso qué se debe hacer en el proceso. En su diseño se establecen los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades. Se deben levantar procedimientos y las actividades vitales para la entidad de las cuales se requiere preservar el conocimiento, no todas las actividades requieren procedimientos dado que presentan bajos niveles de complejidad.

Los documentos necesarios para gestionar adecuadamente el procedimiento son:

- Procesos
- Procedimientos
- Instructivos
- Manuales
- Guías
- Formatos
- Mapa de riesgos del proceso
- Listado maestro de documentos
- Documentos generales del proceso
- Diagrama de flujo del procedimiento
- Normograma
- Tablero de indicadores del proceso

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 27 de 38

8.1.1. ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS.

Para la elaboración de procedimientos se tendrá en cuenta:

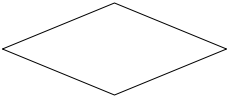
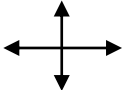
- **Objetivos:** Describe lo que se pretende lograr con el procedimiento.
- **Población Objeto:** a quién (es) se aplicará el procedimiento, población a la que puede aplicarse el contenido del procedimiento
- **Alcance:** Declara la pertinencia y límites del procedimiento. La pertinencia está dada como la respuesta a: aplica a, qué, dónde, cuándo quién, cómo; los límites pueden ser: espaciales, geográficos, de tiempo, de monto en dinero, entre otros.

Responsable: Define el (los) responsables de realizar las actividades establecidas.

- **Políticas operacionales:** Son acciones que definen los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procedimientos y actividades en cumplimiento de la función, planes, programas, proyectos y **políticas** de la administración del riesgo, previamente definidos por la entidad.
- **Contenido específico:** Descripción detallada de la actividad objeto del documento. La descripción puede hacerse en forma descriptiva o a través del diagrama de flujo. El diagrama de flujo indica de manera gráfica y secuencial las actividades a seguir para efectuar una actividad

Se utiliza el formato diagrama de flujo. A continuación se describe la simbología utilizada:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 28 de 38

SIMBOLO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Terminador: Indica el inicio ó el fin de una secuencia de actividades o pasos.
	Actividad: Se utiliza para realizar la descripción de las actividades o pasos.
	Documento: Indica que el resultado de la actividad.
	Decisión: Se utiliza para tomar una decisión con respecto a una actividad o paso.
	Líneas de flujo: Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones.
	Conector fuera de la página: Sirve para unir actividades en páginas diferentes.

Representación gráfica del diagrama de flujo:

Diagrama de flujo: Es la representación gráfica de las actividades.

Cuando el líder del proceso requiera ampliar la información contenida en los procedimientos, podrá complementar su explicación mediante diagramas de flujo, los cuales se incluirán como un anexo y harán parte integral del documento:

No.	ACTIVIDAD FLUJOGRAMA	DESCRIPCION	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACION
1					
2					

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 29 de 38

8.2 DOCUMENTACION DE INSTRUCTIVOS:

Este documento está integrado con los formatos cuando este requiera aplicativo para describir su diligenciamiento.

8.3 PLANES

Documento no tiene una estructura específica esta depende de la temática que se presenta. Plan de necesidades (PL-FR-003), plan de auditoria (MC-FR-007).

8.4 POLITICAS.

El documento presenta una estructura dependiendo de la temática (ver procedimiento formulación y elaboración de políticas institucionales XXX)

8.5 DOCUMENTACION DE MANUALES Y GUIAS

Los manuales y guías son documentos que deben contener los siguientes puntos:

- Encabezado: ya descrito
- Contenido del documento: Objetivo, Alcance, documentos asociados (manuales, formatos, normograma), normativa (leyes, decretos, documentos técnicos), definiciones si aplica.
- Cuerpo del documento: temática del documento.

8.6.- MAPAS DE RIESGO:

Para la documentación de los mapas de riesgo relacionados a los procesos se tendrá en cuenta el procedimiento establecido para la administración del riesgo.

8.7.- ELABORACION DE FORMATOS:

- Para su elaboración se debe considerar:
- Si es conveniente para el área que lo solicita
- Definir los campos necesarios para que la información registrada, proporcione evidencia de la realización de una actividad
 - ✓ El formato consta de:
 - ✓ Encabezado, cuerpo, identificación.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS		FECHA: 17/08//2021
			Página: 30 de 38

TABLA 3. Contenido de los Documentos:

TIPO DE DOCUMENTO CONTENIDO	MANUALES	PROTOCOLO	PLAN	PROCEDI- MIENTO	FORMATOS	INSTRUCTIVO
OBJETIVO	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
POBLACIÓN OBJETO	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	No aplica
ALCANCE	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Opcional
RESPONSABLES	Aplica	No Aplica	No aplica	Aplica	No Aplica	Opcional
FRECUENCIA DE REVISIÓN	Aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No Aplica	No aplica
TÉRMINOS Y DEFINICIONES	Aplica	Aplica	No Aplica	Opcional	Opcional	Opcional
GRUPO DE TRABAJO	Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
CONDICIONES GENERALES	No Aplica	No Aplica	Opcional	Opcional	No Aplica	No Aplica
CONTENIDO ESPECIFICO	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica
BIBLIOGRAFIA	Aplica	Aplica	No Aplica	Opcional	No Aplica	No Aplica
ANEXOS	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Opcional
DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica

El significado de cada ítem que puede contener un documento se describe a continuación:

- **Objetivo:** Describe el propósito del documento y define los resultados que se esperan con su aplicación.
- **Población Objeto:** a quién (es) se aplicará el procedimiento, población a la que puede aplicarse el contenido del procedimiento
- **Alcance:** Define donde Inicia y a donde termina el procedimiento limitando en términos de procesos, actividad o áreas funcionales.
- **Responsables:** Establece el cargo(s) responsable(s) de realizar las actividades establecidas en el documentos.
- **Frecuencia de Revisión:** Periodicidad de revisión, análisis del documento.
- **Términos y Definiciones:** Se refiere al significado de términos que son importantes para la mejor comprensión del documento.
- **Grupo de Trabajo:** Conjunto de personas para revisión y adopción de Guías de práctica clínica

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 31 de 38

- **Condiciones Generales:** Aspectos complementarios, aclaraciones especiales, aspectos importantes, requisitos relevantes, entre otros que se pueden requerir para la aplicación del documento.
- **Contenido Específico / Descripción de actividades:** Descripción detallada de la actividad objeto del documento. La descripción puede hacerse en forma descriptiva o a través del diagrama de flujo. El diagrama de flujo indica de manera gráfica y secuencial las actividades a seguir para efectuar una actividad.
- **Bibliografía:** Relación o lista de un conjunto de libros o escritos utilizados como material de consulta o soporte documental para la investigación y la elaboración de un Documento.
- **Anexos:** Hace referencia a información complementaria o adicional, formatos y otros documentos que se deben utilizar para la aplicación del documento en cuestión.
- **Distribución del documento:** Definir y relacionar los procesos en los cuales debe reposar el respectivo documento.
- Cuando uno de los ítems no se utilice debe colocarse la palabra “No Aplica”.

9.- DOCUMENTO EXTERNO:

Por ser una empresa social del estado, se debe dar cumplimiento a las normas constitucionales y legales expedidas por los Ministerios, departamentos administrativos, consejos superiores administrativos, sectores administrativos. En este orden de ideas hay circulares, guías, instructivos, anexos técnicos, formatos expedidos por dichas entidades y es de obligatorio cumplimiento su implementación.

Al momento de hacer referencia de un documento externo en los procedimientos, manuales, guías y documentos soporte, serán referenciados con el enlace que dirige al documento original de la entidad. La actualización y funcionamiento del enlace será responsable del Líder del proceso o procedimiento. Para efecto del Listado Maestro de Documentos y Registros, estos serán incluidos con la codificación asignada que identifica los documentos externos. Código para llevar registro en la interacción del proceso asociado

Siguiendo este orden de ideas, del **Ministerio De Salud Y Protección Social**, se expidió el manual de implementación de guías de prácticas clínicas basada en evidencia cuya finalidad es:

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia son declaraciones que incluyen recomendaciones cuya finalidad es optimizar el cuidado de pacientes

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 32 de 38

informados, conformadas con base en revisiones sistemáticas de la evidencia y, la evaluación de los riesgos y beneficios de las alternativas de opciones de cuidado (1). Desde esta perspectiva, las recomendaciones de las GPC ofrecen el mejor cuidado disponible, procurando evitar la variabilidad no justificada en la práctica con recomendaciones sensibles al contexto y, en ocasiones, con consideraciones de costo efectividad y análisis de equidad; con el propósito de mejorar los estándares de salud de los pacientes.¹

En lo anteriormente expuesto, encontrara la metodología para el proceso de implementación y sus respectivos anexos técnicos.

9.1.- PLANEACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICAS CLÍNICAS:

9.1. 1.- ADOPCION DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

Para la adopción de guías de práctica clínica, la institución se proveerá de Guías de Práctica Clínica Adoptadas con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, como referencia para los procesos asistenciales de los pacientes de la Institución, teniendo en cuenta la causa de consulta y egreso de todos los servicios y servirá de consulta para todos los usuarios internos y externos de la institución.

9.1.1.1.- FASE DE PREPARACIÓN

- **Conformación del Grupo de Adopción y Adaptación de Guías (GAG)**

En la conformación del GAG se garantiza que todas las áreas profesionales relacionadas están representadas, toda la información científica relevante se localizara y evaluara adecuadamente, se identificaran y se trataran los problemas prácticos derivados del uso de la guía, aumentar la credibilidad y la aceptación de la guía entre sus usuarios y se minimizaran las barreras en la utilización de las GPC.

Para conformar el grupo que elaborara la guía de práctica clínica:

1.- Coordinador de la Guía de práctica clínica (debe tener conocimiento de la temática que se va desarrollar en la guía práctica clínica). Lo conforma el profesional responsable encargado en la elaboración, ajuste, modificación o actualización de la guía de práctica clínica.

2.- Equipo de trabajo: Lo conforman el grupo de profesionales con conocimiento en el tema de la guía de práctica clínica y los responsables en implementar la guía.

¹ Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia autor: Ministerio de Salud y protección social año 2014.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 33 de 38

- **Cronograma de trabajo y reuniones:**

Se Establecerán los compromisos, dedicación horaria, los responsables, la difusión, implementación verificación de su cumplimiento y la revisión. Las reuniones deben ser formalizadas mediante actas e informes de los avances del cronograma.

9.1.1.2. BÚSQUEDA DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA Y OTROS DOCUMENTOS RELEVANTES

El objetivo de este paso es identificar las GPC principalmente Nacionales (Sociedades Científicas o Instituciones de Educación Superior) e Internacionales (Sociedades Científicas, Instituciones de Educación Superior y Ministerios de Salud) disponibles en diferentes fuentes. Las principales fuentes de GPC incluyen: guías de práctica clínica local, organismos recopiladores, organismos que producen GPC, Centros de metodología y bases de datos generales que pueden ser consultadas,

- **Fuentes de Guías de Práctica Clínica:**

Ministerio de Salud y protección social colombiano

SELECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA OBTENIDAS

Los integrantes del GAG (grupo Ada analizaran las recomendaciones y los niveles de evidencia más relevantes de cada una de las guías seleccionadas, si está actualizada 3 a 5 años y su aplicabilidad en el contexto epidemiológico de la región. Se debe resolver los desacuerdos por consenso y cuando se considere necesario se busca y discute nueva evidencia existente respecto a preguntas clínicas específicas, se deben Identificar brechas específicas no discutidas o errores en la redacción o interpretación, las recomendaciones o niveles de evidencia en las que no se logre consenso serán reevaluadas, modificadas o eliminadas.

. **Adopción:** Una vez realizada la búsqueda y se evidencian Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, además están actualizadas a 3, a 5 años, que obtenga una calificación global de la Guía “la calidad más alta posible”, “Sí se recomienda” (AGREE II), que tenga el despliegue de los niveles de evidencia y recomendaciones, estas GPC se seleccionarán, se adoptarán tal cual como las ha desarrollado el Ministerio. El procedimiento de adopción se realizara formalmente y mediante un acto administrativo expedido por la alta dirección.

II. Adaptación Simple de una GPC (guía de practica clínica): Una vez realizada la búsqueda y se evidencia una Guía de Práctica Clínica Nacional (Sociedades Científicas o Instituciones de Educación Superior) e Internacional (Sociedades Científicas, Instituciones de Educación Superior y Ministerios de Salud) esta se seleccionara, analizará y evaluará como se definió anteriormente, además si esta guarda concordancia con el ámbito de la guía, que responde a la mayoría de las preguntas

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 34 de 38

identificadas, que está actualizada de 3 a 5 años, que obtenga una calificación global de la Guía “la calidad más alta posible”, “Si se recomienda” (AGREE II), que tenga el despliegue de los niveles de evidencia y recomendaciones, que no se identifiquen barreras para su implementación y que su adaptación no implique más que una traducción o cambio al formato institucional, se realizara una Adaptación Simple.

Etapas para la Adaptación Novo:

Tipos de pregunta y tipos de estudio más apropiados

Pregunta	Tipo de estudio
Intervención	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECA).
Diagnóstico	Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas transversal o cohorte.
Pronóstico	Estudio de cohortes, rama control de ensayos clínicos.
Etiología	Estudio de casos y controles. Estudio de cohortes.

Tomado. www.guiasalud.es

Bases de datos bibliográficas y buscadores:

La formulación concreta de la estrategia de búsqueda dependerá de la base de datos elegida, a continuación algunas bases de datos más comunes:

Base de datos de resúmenes de revisiones de efectividad (The Database of Abstracts of Reviews of Effects, DARE), *Biblioteca Cochrane* o *Evidence Based Reviews* permiten una sintaxis sencilla, pero *Medline* y *EMBASE* exigen el uso de descriptores específicos y un entrenamiento adecuado.

Trip es un metabuscador de recursos sobre Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que busca simultáneamente guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y otros tipos de publicaciones.

Clinical Evidence es un recurso que permite el acceso, en formato de libro de texto, CD y también versión Web a evidencia científica sobre condiciones clínicas comunes.

Ejemplo: PubMed Clinical Queries-Filtro para Ensayo clínico (Opción especificidad): (randomized controlled trial [Publication Type] OR (randomized [Title/Abstract] AND controlled [Title/Abstract] AND trial [Title/Abstract]))

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 35 de 38

9.1.1.3. LA ESTRUCTURA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CONTENDRÁ LOS SIGUIENTES APARTADOS:

- Índice
- Introducción
- Objetivos
- Alcance
- Metodología
- Definición
- Etiología
- Diagnósticos
- Pruebas diagnosticas
- Manejo y tratamiento ambulatorio y/o hospitalario
- Riesgos
- Recomendaciones para el paciente
- Algoritmos
- Anexos
- Bibliografía

• DIFUSIÓN:

La difusión de las guías clínicas será responsabilidad en cada uno de los Servicios Clínicos en cabeza del Coordinador de enfermería y Coordinador asistencial de la institución. Para ello se utilizaran los medios físicos e informáticos con que cuente la institución, además debe de ir acompañado de un plan de capacitaciones por parte de los responsables de la guía clínica al personal asistencial.

• REVISIÓN:

Las guías clínicas serán revisadas en forma continua por el responsable de la subdirección científica y el profesional responsable de la elaboración, en especial si hay nuevas recomendaciones o evidencia científica. Sin embargo, no deben pasar más de cuatro años sin que dichas guías sean actualizadas en forma sistemática y detallada.

• VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO:

Las guías clínicas serán evaluadas periódicamente en cuanto a la adherencia que el personal asistencial debe tener a la guía clínica y por cada servicio, implementando instrumentos que permitan una fácil evaluación de estas, definiendo indicadores, fuente, metas y responsables del análisis.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 36 de 38

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ☐ Resumido de la “GUÍA DE GUÍAS” del ministerio de salud y protección social Colombia.
- ☐ Decreto 1011/06
- ☐ Resolución 1043/2006
- ☐ <http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>
- ☐ www.guiasalud.es

En primera instancia adoptará las que acogerá el documento Guía metodología para la elaboración de guías de atención integral en el sistema de seguridad social en salud colombiano emitido por el del Ministerio de la protección social de Mayo del 2010, o el que lo modifique adicione o sustituya. No obstante se podrá optar por la adopción de aquellas guías basadas en la evidencia que emita el ministerio de salud y protección social o en su defecto las que emitan las asociaciones científicas medicas de cada especialidad, en este último caso cuando el ministerio cuente con la guía que se requiere.

10.- CONTROL DE LA INFORMACION DOCUMENTADA EN EL SISTEMA DE CALIDAD:

La elaboración, modificación, o eliminación de los documentos del Sistema Integrado de Gestión, se registra y controla a través del Formato GMC/1-FR-019 Listado Maestro de Documentos. Por consiguiente la documentación que se origine debe pasar al sistema de Calidad de la entidad para que esta sea revisada y controlada.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBSOLETO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN VIGENTE	TIPO (I interno E externo)	DISTRIBUIDO A:
----------------------	----------	--------	---------	-----------------------------	-----------------------------	----------------

10.1.- ACCESIBILIDAD DE LOS DOCUMENTOS:

Los documentos del Sistema Integrado de Gestión Institucional están a disposición de todos los Servidores del Hospital san Vicente de Arauca , Los documentos en medio magnético que son publicados en Aragón manuales calidad en PDF y contienen la etiqueta- copia controlada (si este documento es descargado o impreso es Copia No controlada)". Los documentos obsoletos o eliminados en medio magnético contienen la leyenda "Documento obsoleto" o "Documento Anulado" respectivamente.

10.2.- CONTROLES PARA LA RETENCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL:

El tiempo de retención de cada documento está estipulado en el campo tiempo de retención en el archivo de gestión, la disposición final en el campo, disposición final del control de documentos de cada proceso. El tiempo de retención y la disposición final

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	FECHA: 17/08//2021
		Página: 37 de 38

del archivo central se realizan de acuerdo a lo estipulado en el proceso de gestión documental y correspondencia. Los criterios de retención se definen de acuerdo al impacto de cada registro en el sistema de gestión integrado y se establece de acuerdo al impacto de cada documento en el sistema de gestión integrado y se establece de acuerdo a su vigencia legal o a la importancia requerida por la organización para evidenciar actividades desarrolladas

10.3.- APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (SIG):

Los documentos se tendrán en Aragón con el número del acata del Comité Institucional de gestión y desempeño en el cual se aprobó, teniendo en cuenta la política cero papel, el líder del proceso y/o subproceso será el encargado de realizar la creación y/o actualización, a su vez será quien dará la trazabilidad en la revisión previa por la subdirección administrativa y/o científica, según corresponda en los procesos y/o subprocesos enmarcados en el mapa de procesos, posteriormente se remitirá a Mejoramiento Continuo para que sea revisado por el profesional de SOGC y/o Gestión de Calidad, posteriormente el profesional de Gestión de Calidad dará cumplimiento a las políticas de operación del presente documento presentando el documento elaborado con las correcciones pertinentes ante el Comité Institucional de Gestión y desempeño para aprobación mediante acta por todos los integrantes.

10.3.1.- COMUNICACIÓN DE LA INFORMACION DOCUMENTADA:

Una vez aprobado los documentos objeto de actualización, modificación o elaboración se deben socializar y comunicar a los servidores públicos responsables de su implementación. Para ello se requiere tener como evidencia el registro en el formato No. GTH/1-REG-015 VERSION 04 REGISTRO DE ASISTENCIA

11. DISTRIBUCION DEL DOCUMENTO

Este documento debe reposar en intercambio Aragón, Biblioteca HSVA-procesos estratégicos, direccionamiento estratégico, mejoramiento continuo, gestión calidad

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: GDE-GC-IN-001
	PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		VERSIÓN: 05
	INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS		FECHA: 17/08//2021
			Página: 38 de 38

CONTROL DE DOCUMENTO				
VERSION	FECHA APROBACIÓN			MOTIVO
01	DIA	MES	AÑO	Creación del Documento
	17	10	2007	
02	11	12	2013	Actualización del Documento: Se cambia el nombre del instructivo - Se incluye: 4.5 Instructivo. 4.6 Diagrama de Flujo. - Tabla 1. Contenido de los Documentos, se incluye: - Protocolo - Población Objeto - Distribución de Documento - Se elimina del cuadro las especificaciones y otros documentos. - Se incluye la nota y el cuadro del flujo grama - Se actualiza el numeral 5.2.2 Contenido de las Guías Clínicas de Manejo. - Se incluye la descripción del contenido del encabezado y pie de página de los documentos - Se elimina la nota del numeral 5.4.1 Encabezado - En el numeral 5.4.2 PIE DE PÁGINA: Se incluye el cuadro de CONTROL DE DOCUMENTOS y la descripción del contenido del cuadro de control de documentos y de firmas. - En la tabla 3. Abreviaturas de los tipos de Documentos, se elimina la casilla de Guías de Enfermería. - Se actualiza la tabla 2 Abreviatura de los procesos
03	20	10	2018	Actualización del Documento: Se actualiza la Tabla 2. De acuerdo a la actualización del mapa de procesos.
04	24	10	2019	Actualización del Documento: Se actualiza la Tabla 2. De acuerdo a la actualización del mapa de procesos.
05	28	09	2021	Actualización del documento Se actualiza la Presentación, control y distribución del documento que se origine en los procesos y procedimientos; conforme a la norma técnica de calidad ISO 9001:2015 y a la norma técnica colombiana presentación de documentos y redacción Formato de caracterización conforme a la guía para la gestión por procesos conforme al Departamento Administrativo de la Función Pública.

ELABORÓ Y ACTUALIZO	REVISÓ	APROBO	VIABILIZO
FIRMA: SANDRA M ROBLES CASANOVA	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA: Se adjunta acta firmada
NOMBRE:	NOMBRE: ALEXANDER REYES	NOMBRE: JOSELIN RUBIO	NOMBRE: Comité Institucional de gestión y desempeño
Cargo: Profesional UNIVERSITARIO apoyo a mejoramiento continuo	CARGO LIDER: Profesional GESTION DE CALIDAD	CARGO LIDER: Coordinador equipos transversales. Resolución 2.0587 del 2020	CARGO: Acta de Comité No. 005 del 2021
FECHA: 17/08/2021	FECHA: 17/08/2021	FECHA: 17/08/2021	FECHA: 28/09/2021

Aprobado en el Acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño No005 de 2021,-
21/09/2021

“Trabajando por la Salud del pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030-Correo electrónico: contactenos@hospitalsanvicente.gov.co
 Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co- Facebook Hospital San Vicente Arauca- Twitter: @SanArauca-
 Youtube: Hospital San Vicente de Arauca, Arauca / Colombia