
 <p>Hospital María Auxiliadora EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA</p>	<p align="center"><b>GESTION DE LA CALIDAD</b></p>	<p>Versión:01</p>	 <p align="center">Nuestro Corazón a tu servicio</p>
		<p align="center"><b>PROCEDIMIENTO DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b></p>	
		<p>Código: GC_01_PR_005</p>	
		<p>Página 1 de 9</p>	

## 1. OBJETIVO

Diseñar, controlar, establecer, implementar y mantener la información documentada y registros del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, mediante el análisis, revisión, aprobación y socialización de los mismos, con el fin de unificar la gestión del Hospital María Auxiliadora ESE de Mosquera

## 2. ALCANCE

Inicia con la identificación y recepción de requerimientos de necesidad de diseño, mejoramiento, implementación y anulación de documentos. Continúa con el análisis de información, elaboración, ajuste, anulación y codificación del documento. Finaliza con la aprobación y socialización de la creación, modificación o anulación, así como la evaluación de la eficiencia y eficacia de los documentos adoptados.

## 3. DEFINICIONES Y SIGLAS

**Copia Controlada:** Es el documento copia del original, sobre el cual existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen.

**Copia No Controlada:** Copia de un documento en medio físico o magnético entregada a un tercero con fines de información, sobre este documento no hay responsabilidad de actualización ni de controlar su duplicado. Para los efectos del Hospital María Auxiliadora ESE será todo documento en medio Magnético o impreso que no sea consultado en el Sistema de Información DARUMA como se registra en el pie de página de las diferentes tipologías documentales.

**Distribución:** es la actividad por medio de la cual un documento aprobado se entrega a los interesados para su aplicación.

**Documento:** Información y su medio de soporte (procedimientos, instructivos, formatos, planes, programas, matrices, documentos de origen externo; entre otros).

**Documento Externo:** Es aquel elaborado por entes externos a la institución pero que inciden en la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión, entre los documentos externos se pueden considerar normas, códigos, leyes, decretos, resoluciones, guías, manuales entre otros.

**Documento Obsoleto:** Es un documento que ha perdido su vigencia en contenido.

**Modificación:** Mecanismo a través del cual se realizan cambios necesarios en los documentos. Pueden ser de forma o de fondo.



**Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

**Versión:** Señala el número de veces que se han efectuado modificaciones al documento. La primera versión corresponde al cero (1), para la segunda versión correspondería al número uno (2)

**Parte interesada:** Organización, persona o grupo que tenga un interés en el desempeño de una entidad.

**Formato:** Documento que obedece a un patrón determinado y es útil para registrar datos e información en general

**Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas. Para los registros en medio físico el control de estos se establece en las tablas de retención documental

 <p>Hospital María Auxiliadora EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA</p>	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión:01	 <p>Nuestro Corazón a tu servicio</p>
		<b>PROCEDIMIENTO DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	
	Código: GC_01_PR_005		
	Página 2 de 9		

#### 4. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

- ISO 9001:2015. Capítulo 7.5 Información Documentada

#### 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	SALIDAS REGISTRO
1	Identificar necesidad creación o ajuste documentos	Líder de Unidad Funcional	<p><b>PLANEAR:</b> De acuerdo a la pertinencia del proceso si se elabora un documento nuevo, modifica, actualiza o elimina uno existente, Solo se recibirá las solicitudes realizadas por el líder de la Unidad Funcional quien es el encargado de elaborar técnicamente el documento del sistema de gestión, para su posterior aval a la oficina de calidad</p>	Solicitud remitida por usuario Líder de Unidad Funcional	Solicitud documental registrada por correo electrónico
2	Revisar y aprobar la solicitud	Profesional Especializado de procesos	<p><b>HACER:</b> Se reciben la solicitud y el documento inicia el trámite de normalización realizando revisión en forma y completitud, No obstante el Ingeniero de procesos encargado realizara la construcción del diagrama de flujo o ruta según casuística identificada en el levantamiento información, si el documento es aprobado se da continuidad al proceso de lo contrario se devuelve al emisor para su corrección por correo electrónico.</p> <p>Criterios Para dar trámite a la solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La solicitud la realiza la unidad funcional que creo el documento o tiene la pertinencia para dar lineamiento del trama que tratara el contenido del mismo</li> <li>• La solicitud sea realizada por un líder de Unidad Funcional</li> <li>• La solicitud del tema del documento no se encuentre contemplada en otros tipos de documentos</li> <li>• La solicitud sea contraria a lineamientos dispuestos en otros documentos, lineamientos de la dirección o normativa vigente</li> <li>• Documento que se encuentre dentro de las plantillas documentales establecidas en la institución</li> </ul> <p>Cada Proceso o servicio define los documentos que deben ser creados, modificados o eliminados por su respectivo Proceso de acuerdo a los siguientes criterios:</p>	La solicitud aprobada no incumple ninguno de los criterios de aprobación de la solicitud	Aprobación de la solicitud

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	SALIDAS REGISTRO
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se generan repetidas fallas, demoras o problemas en el desarrollo del proceso o actividad.</li> <li>• Por necesidades de mejoramiento de la calidad de los servicios de la empresa.</li> <li>• Por la creación o reorganización de servicios.</li> <li>• Cuando para el normal desempeño de un proceso o actividad o por análisis económicos, se demuestren las ventajas de ejecutar un proceso o una actividad de manera estandarizada.</li> <li>• Cuando por razones contractuales, sea necesario incluir actividades o tareas en un procedimiento, guía, etc.</li> <li>• Para fines de cumplimiento de la normatividad vigente.</li> <li>• Por resultados de auditorías internas ó externas de calidad.</li> <li>• Por análisis de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio</li> <li>• Por análisis de costo-beneficio de los procesos Por Seguimiento a los indicadores de gestión</li> </ul> <p>Para la elaboración de los documentos contemplados dentro del sistema de gestión de la calidad se debe tener en cuenta lo siguiente:</p> <p>La codificación se asignará por el Profesional de la oficina de calidad Designado y se debe realizar teniendo en cuenta la inicial según el Tipo de Proceso, enseguida el tipo de documento (manual, procedimiento, etc.), seguido por el número consecutivo del Subproceso o servicio relacionado (Ver Resolución 066 del 22 de julio del 2019 "Por medio de la cual se establece el despliegue de la operación del mapa de procesos del hospital maria auxiliadora E.S.E de Mosquera" y se agrega la Tipología documental, finalmente se agrega un consecutivo de tres dígitos numéricos que van avanzando consecutivamente por cada documento en su respectivo proceso: 001; separados con un guion. Ejemplo: <b>GC_01_PR-005</b>.</p>		

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	SALIDAS REGISTRO																																						
			Tipo de proceso: <table border="1" data-bbox="779 381 1467 1149"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>IDENTIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Gestión de Planeación</td><td>GP</td></tr> <tr><td>Gestión de la Calidad</td><td>GC</td></tr> <tr><td>Gestión del Talento Humano</td><td>GH</td></tr> <tr><td>Gestión de la Docencia e Investigación</td><td>GDI</td></tr> <tr><td>Gestión Sistema de Información y Atención al ciudadano</td><td>GSI</td></tr> <tr><td>Gestión Farmacéutica</td><td>GF</td></tr> <tr><td>Gestión del Riesgo</td><td>GR</td></tr> <tr><td>Gestión de Hospitalización</td><td>GDH</td></tr> <tr><td>Gestión de Apoyo Diagnóstico y servicios complementarios</td><td>DX</td></tr> <tr><td>Gestión clínica de Urgencias</td><td>GU</td></tr> <tr><td>Gestión de referencia y contrarreferencia</td><td>GRC</td></tr> <tr><td>Gestión clínica ambulatoria</td><td>GCA</td></tr> <tr><td>Gestión Financiera</td><td>GF</td></tr> <tr><td>Gestión Documental</td><td>GD</td></tr> <tr><td>Gestión de almacén e inventarios</td><td>GAI</td></tr> <tr><td>Gestión del Ambiente Físico</td><td>GAF</td></tr> <tr><td>Gestión Jurídica y contratación</td><td>GJC</td></tr> <tr><td>Gestión de control Interno</td><td>GCI</td></tr> </tbody> </table>	PROCESO	IDENTIFICACIÓN	Gestión de Planeación	GP	Gestión de la Calidad	GC	Gestión del Talento Humano	GH	Gestión de la Docencia e Investigación	GDI	Gestión Sistema de Información y Atención al ciudadano	GSI	Gestión Farmacéutica	GF	Gestión del Riesgo	GR	Gestión de Hospitalización	GDH	Gestión de Apoyo Diagnóstico y servicios complementarios	DX	Gestión clínica de Urgencias	GU	Gestión de referencia y contrarreferencia	GRC	Gestión clínica ambulatoria	GCA	Gestión Financiera	GF	Gestión Documental	GD	Gestión de almacén e inventarios	GAI	Gestión del Ambiente Físico	GAF	Gestión Jurídica y contratación	GJC	Gestión de control Interno	GCI		
PROCESO	IDENTIFICACIÓN																																										
Gestión de Planeación	GP																																										
Gestión de la Calidad	GC																																										
Gestión del Talento Humano	GH																																										
Gestión de la Docencia e Investigación	GDI																																										
Gestión Sistema de Información y Atención al ciudadano	GSI																																										
Gestión Farmacéutica	GF																																										
Gestión del Riesgo	GR																																										
Gestión de Hospitalización	GDH																																										
Gestión de Apoyo Diagnóstico y servicios complementarios	DX																																										
Gestión clínica de Urgencias	GU																																										
Gestión de referencia y contrarreferencia	GRC																																										
Gestión clínica ambulatoria	GCA																																										
Gestión Financiera	GF																																										
Gestión Documental	GD																																										
Gestión de almacén e inventarios	GAI																																										
Gestión del Ambiente Físico	GAF																																										
Gestión Jurídica y contratación	GJC																																										
Gestión de control Interno	GCI																																										

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	SALIDAS REGISTRO																										
			<p>Tipo de Tipologías:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DOCUMENTOS</th> <th>IDENTIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Manual</td><td>MA</td></tr> <tr><td>Procedimiento</td><td>PR</td></tr> <tr><td>Programa</td><td>PRG</td></tr> <tr><td>Plan</td><td>PL</td></tr> <tr><td>Protocolo</td><td>PT</td></tr> <tr><td>Guía de Manejo y Practica Clínica</td><td>GM</td></tr> <tr><td>Resolución</td><td>RES</td></tr> <tr><td>Decreto</td><td>DC</td></tr> <tr><td>Decreto Ley</td><td>DL</td></tr> <tr><td>Instructivo</td><td>IT</td></tr> <tr><td>Formato</td><td>FT</td></tr> <tr><td>Anexo</td><td>AN</td></tr> </tbody> </table> <p>Los Criterios para elaboración de la documentación se describen en los anexos: Modelo Diseño Manuales, Modelo Diseño Procedimientos, Modelo Diseño Instructivos, Modelo Diseño Guías de Manejo. Si la solicitud es aprobada se continua con la actividad 3, de lo contrario si se rechaza la solicitud se registra en el sistema la justificación del rechazo , el remitente de la solicitud deberá realizar seguimiento al estado y avance de la gestión de la solicitud</p> <p>Control de Cambios: El registro se realiza desde la creación del Documento por Primera Vez, identificando el responsable del cambio, La Descripción (Donde se enuncia la emisión del Documento según Tipología Documental elaborada), Aprobación (Fecha de la Publicación del Documento) y Versión (Inicia con 1 y así sucesivamente cada vez que se genere actualización del mismo)</p>	DOCUMENTOS	IDENTIFICACIÓN	Manual	MA	Procedimiento	PR	Programa	PRG	Plan	PL	Protocolo	PT	Guía de Manejo y Practica Clínica	GM	Resolución	RES	Decreto	DC	Decreto Ley	DL	Instructivo	IT	Formato	FT	Anexo	AN		
DOCUMENTOS	IDENTIFICACIÓN																														
Manual	MA																														
Procedimiento	PR																														
Programa	PRG																														
Plan	PL																														
Protocolo	PT																														
Guía de Manejo y Practica Clínica	GM																														
Resolución	RES																														
Decreto	DC																														
Decreto Ley	DL																														
Instructivo	IT																														
Formato	FT																														
Anexo	AN																														

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	SALIDAS REGISTRO
3	Realizar Revisión técnica del documento	Profesional Especializado de procesos	<p><b>VERIFICAR:</b> Aprobada la solicitud el Ingeniero Especializado de Procesos realiza la revisión técnica del documento, dejando registro en el sistema DARUMA. No obstante, los criterios a revisar técnicamente en forma y completitud, deben contener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacción del documento</li> <li>• Coherencia Técnica del contenido del documento</li> <li>• Cumplimiento de la estructura documental y no alteración de la misma</li> <li>• Completitud y orden de la Gestión por procesos de los contenidos</li> <li>• Validación de la evidencia científica (documentación de aplicación clínica),</li> <li>• Bibliografía de referencia menor a cinco años</li> <li>• No contracción con lineamientos u otros documentos institucionales ya validados</li> <li>• Diseño e implementación de rutas o diagramas de flujo.</li> </ul> <p>Nota: la evaluación técnica aplica a elementos de forma del documento, la evaluación técnica o del contenido en si se da por revisada al momento de realizar la solicitud</p> <p>Si el documento cumple con las características de evaluación técnica se pasa a la actividad 4, de lo contrario por correo electrónico se remite observaciones del documento al líder solicitante.</p>	Revisión Ingeniero Especializado en Procesos	Documento para revisión y aprobación o devolución
4	Revisión y aprobación del documento	Subgerencia Científica/Administrativa	<p><b>VERIFICAR:</b> Posterior a la revisión de Calidad, debe ser revisado por la Subgerencia Científica o Subgerencia Administrativa según sea el caso quien aprueba o devuelve para correcciones.</p>	Revisión Subgerencia	Documento para revisión y aprobación o devolución
4	Aprobación de documentos	Gerencia	<p><b>HACER:</b> Una vez el documento cuente con todos los vistos buenos requeridos, quincenalmente se realiza un acta relacionando todos los documentos que estén pendientes por aprobación final y se pasa para aprobación de Gerencia</p>		Acta de Aprobación de Documentos
5	Formalización del documento	Profesional Especializado de procesos	<p><b>HACER:</b> El documento aprobado es incluido o actualizado en el Listado Maestro de Documentos de la Institución, el cual se encuentran en la plataforma del sistema de Información DARUMA, dicho informe es generado por el Ingeniero especialista en procesos de la institución.</p>	Estandarización y/o Normalización de documentos	Listado Maestro de Documentos Listado Maestro de Registros

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTO DE CONTROL	SALIDAS REGISTRO
6	Divulgación y distribución	Líder de Unidad Funcional	Socializar a las personas responsables de los documentos para que inicien su implementación de acuerdo a las disposiciones establecidas en la operativización de los procesos.		Acta de Reunión
7	Custodia	Profesional Especializado de procesos	<p><b>ACTUAR:</b> Se otorgan permisos para la administración, edición, revisión comprobación y aprobador, en el momento de la publicación. No obstante los documentos se pueden consultar en el aplicativo DARUMA, donde se custodia los mismos, mediante el portal sin necesidad de tener usuario y contraseña, siguiendo los parámetros establecidos en la política de seguridad de la información según ISO 27001:2013</p> <p>No obstante, los siguientes documentos del SGSST deben almacenarse por un periodo de 20 años contados a partir del momento que cese la relación laboral del trabajador con la empresa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Perfiles epidemiológicos de salud, así como los conceptos de exámenes de ingreso, periódicos y de retiro (En caso de no contar la institución con servicio médico de especialista de S&amp;ST)</li> <li>2- Resultados de exámenes complementarios como los paraclínicos, pruebas de monitoreo biológico, audiometrías, espirometrías, radiografías de tórax y las que se realicen con el objeto de monitorear la salud de la exposición a peligros.</li> <li>3- Resultados de las mediciones a los ambientes de trabajo como los programas de vigilancia y control de los peligros y riesgos en S&amp;ST.</li> <li>4- Registros de las actividades de capacitación, formación y entrenamiento en seguridad y salud en el trabajo</li> <li>5- Registro del suministro de elementos de protección personal</li> </ol>	Registro de publicación	Acta de Reunión

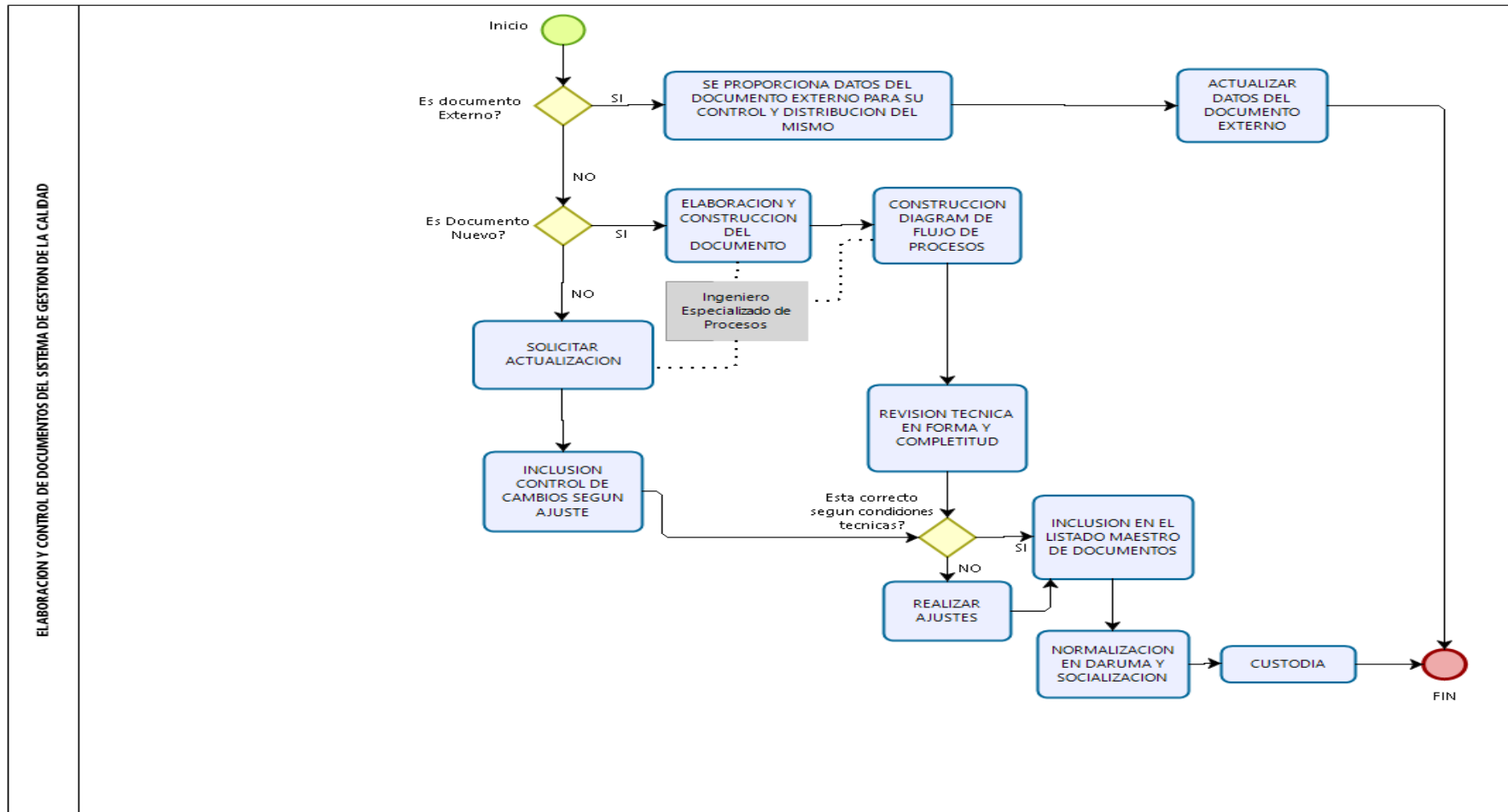
## 6. ANEXOS

NA



## 7. BIBLIOGRAFIA

- ISO 9001:2015. 7.5 Información Documentada

8. DIAGRAMA FLUJO DE PROCESOS





 <p><b>Hospital María Auxiliadora</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA</p>	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión:01	 <p>Nuestro Corazón a tu servicio</p>
		<b>PROCEDIMIENTO DE ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	
	Código: GC_01_PR_005		
	Página 9 de 9		

### 9. TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

No	FECHA DE MODIFICACIÓN	RESPONSABLE	JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	VERSIÓN
1	21/12/2018	Alejandro Galeano Avendaño	Elaboración del Procedimiento	001

### 10. REVISIÓN Y APROBACIÓN

	Nombre(s)	Cargo/ Rol	Fecha
<b>ELABORADO POR</b>	Ing. Alejandro Galeano Avendaño	Profesional Especializado de Procesos	22/08/2019
<b>REVISADO POR</b>	Gloria Yanet Gómez V Sofia Cristina Bautista	Subgerente Líder Unidad Funcional de calidad	22/08/2019
<b>AVAL TECNICO DE CALIDAD</b>	Ing. Alejandro Galeano Avendaño	Profesional Especializado de Procesos	22/08/2019
<b>APROBADO POR</b>	Claudia Eunice Yazo	Gerente	22/08/2019
<b>PUBLICADO POR</b>	Ing. Alejandro Galeano Avendaño	Profesional Especializado de Procesos	22/08/2019