Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

MANUAL DE ELABORACION DE DOCUMENTOS

Mayo de 2019

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

MANUAL DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

1. OBJETIVO 5
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
2. ALCANCE 5
3. JUSTIFICACIÓN 5
4. MARCO CONCEPTUAL 6
5. MARCO LEGAL 6
6. DEFINICIONES 7
7. DESARROLLO DEL MANUAL 10
7.1 ESTRUCTURA DOCUMENTAL 10
7.2 CONTROL DE DOCUMENTOS 13
7.2.1 MODIFICACIÓN Y ELABORACIÓN 13
7.2.2 ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS 14
7.2.3 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS 14
7.2.4 DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTOS 14
7.2.5 COPIAS DE DOCUMENTOS 15
7.2.6 CONTROL DOCUMENTOS EXTERNOS 15
7.2.7 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS 15
7.2.7.1 PROCESO Y SUBPROCESO AL QUE PERTENECE 16
7.2.7.2 TIPO DE DOCUMENTO 18
7.2.7.3 CONSECUTIVO ACUMULADO 19
7.2.7.4 VERSIÓN 19
7.2.7.5 EJEMPLO DE CODIFICACIÓN DE DOCUMENTO 19
7.2.7.6 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE ORIGEN NORMATIVO 20
7.2.7.7 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE ORIGEN EXTERNO 20
7.3 REVISIÓN DE DOCUMENTOS 20
7.4 CONSTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS 21
7.4.1 ASPECTOS GENERALES 21
7.4.1.1 ENCABEZADO 21
7.4.1.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (SI APLICA) 22
7.4.1.3 TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS 23
7.4.1.4 REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO 23
7.4.1.5 CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO 23
7.4.1.6 EVIDENCIA DE LA APROBACIÓN 23
7.4.1.7 BIBLIOGRAFÍA 24
7.4.1.8 PIE DE PÁGINA 24
7.4.2 ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LOS DOCUMENTOS 25
7.4.2.1 MANUALES 25
7.4.2.2 PROGRAMAS 26
7.4.2.3 CARACTERIZACIÓN DE PROCESO 28
7.4.2.4 PLAN 30
7.4.2.5 GUÍAS 31
7.4.2.6 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA 32
7.4.2.7 PROTOCOLOS 35
7.4.2.8 PROCEDIMIENTOS 37
7.4.2.9 INSTRUCTIVOS 40
7.4.2.10 FORMATOS 41
7.4.2.11 ACTAS 42

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

7.4.2.12 RESOLUCIÓN 43
7.4.2.13 LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES 44
7.4.2.14 PLANES DE TRABAJO 45
7.4.2.15 PLANOS 46
7.4.2.16 DOCUMENTACION INFORMATIVA 47
7.5 APROBACIÓN DE DOCUMENTOS 47
7.6 BUENAS PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN 49
8. BIBLIOGRAFÍA 50
9. ANEXOS 51
10. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL MANUAL 51

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

1. OBJETIVO

Establecer las directrices generales en la elaboración y control de documentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa Social del Estado, apoyando a los servidores públicos de forma técnica para la correcta normalización documental, estructurando e implementando una metodología para el mejoramiento de la operación de los procesos de la institución, como herramienta gerencial que contribuya al cumplimiento de los objetivos institucionales y mejoramiento en la prestación de los servicios, para satisfacer las necesidades establecidas de los usuarios (Internos, externos) y demás partes interesadas; asegurando que se elaboren, revisen, aprueben, publiquen, distribuyan y administren correctamente.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los pasos a seguir en el proceso de control de la producción documental.
- Establecer los lineamientos que deben realizarse para la elaboración, actualización, revisión y manejo de obsoletos de los documentos que hacen parte de la operación de los procesos.
- Permitir que el manejo de la documentación refleje una adecuada imagen institucional, contribuyendo al fortalecimiento de la identidad.
- Permitir un control eficiente de la información y documentación, por medio de actividades de seguimiento, control y verificación.

2. ALCANCE

Los lineamientos dados en este manual aplican para toda la documentación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE alineada con la tipología documental que se relaciona en el presente documento y que deben ser acogidos por todos los procesos, así como por los responsables de la elaboración y actualización de los documentos.

Se alinea a los lineamientos de producción documental que se emitan en la Subred Sur Occidente.

3. JUSTIFICACIÓN

Para la elaboración de la documentación de la operación de los procesos de la entidad se hace necesario, definir y establecer lineamientos para su construcción y control, que facilite a los servidores públicos realizar actividades en este tema y establecer los elementos que permitirán dar cumplimiento a las necesidades institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E con el fin de alcanzar los objetivos y metas que se propongan.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

4. MARCO CONCEPTUAL

La aplicación de la Ley 594 de 2000 que define los principios generales que rigen la función archivística, en especial lo señalado en el literal h) "*Modernización"*, el Estado propugnará por el fortalecimiento de la infraestructura y la organización de sus sistemas de información, estableciendo programas eficientes y actualizados de administración de documentos y archivos; así mismo en su artículo 21 establece que las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos".

Ante esta situación el Gobierno Nacional con la asesoría del Archivo General de la Nación de Colombia debe propender porque los archivos de las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas estén organizados, conforme a los principios y procesos archivísticos estableciendo directrices básicas para la elaboración e implementación de programas de gestión documental, que racionalicen el uso de recursos destinados a espacios, muebles, equipos y tecnologías en los archivos.

Adicionalmente y con el propósito de definir las estrategias y las políticas para la producción de la información necesaria y para lograr una óptima generación de bienes y servicios públicos por parte del Estado, el Gobierno Nacional mediante el Decreto número 3816 de 31 de diciembre de 2003, creó la Comisión Intersectorial de Políticas y de Gestión de la Información para la Administración Pública. Entre otros objetivos la Comisión pretende: Optimizar mediante el uso de medios tecnológicos, la calidad, la eficiencia y la agilidad en las relaciones de la administración pública con el ciudadano, con sus proveedores, y de las entidades de la administración pública entre sí. Establecer mecanismos tendientes a eliminar la duplicidad de solicitud de información o la solicitud de información innecesaria a los ciudadanos. Optimizar la inversión en tecnologías de información y de comunicaciones de la administración pública. Facilitar el seguimiento y evaluación de la gestión pública, mediante la producción, el manejo y el intercambio de información y uso de tecnologías de información y comunicaciones de la administración pública. Asegurar la coherencia, la coordinación y la ejecución de las políticas definidas para la estrategia Gobierno en Línea a través del Programa Agenda de Conectividad.

De acuerdo con lo anterior, el Archivo General de la Nación como ente rector de la política archivística, ha sido convocado para liderar el proceso en lo relacionado con el establecimiento del marco normativo, legal, conceptual y técnico de un programa de gestión documental que permita asegurar el éxito de la propuesta estatal.

5. MARCO LEGAL

- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 943 de 2014, "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)" del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Directiva Presidencial 04 de 2012, eficiencia administrativa y lineamientos de la Política Cero Papel en la Administración Pública.
- Ley 594 de 2000 que define los principios generales que rigen la función archivística.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

6. DEFINICIONES

Acuerdos de junta directiva: Manifestación de una convergencia de voluntades con la finalidad de producir efectos jurídicos.

Almacenamiento: Condiciones que permiten asegurar el buen estado de los registros de calidad.

Caracterización de proceso: Documento que describe todas las actividades que integran un proceso, es presentado en forma sistémica mediante el ciclo de gestión (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Permite identificar las entradas, actividades, puntos críticos de control, responsables y salidas de los resultados (Productos y servicios).

Codificación: Mecanismo utilizado para identificar los documentos del Sistema Integrado de 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: 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 de la Subred será todo documento en medio magnético o impreso que no sea consultado en el aplicativo ALMERA como se registra en el pie de página de las diferentes tipologías documentales.

Diagrama de flujo: Es una representación gráfica de la secuencia de los pasos para describir cómo funciona un procedimiento para producir un fin “deseable“. Este fin deseable puede ser un servicio, un producto o una mezcla de los anteriores.

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; estos documentos son adoptados según solicitud del proceso.

Documento interno: Documentos emitidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en desarrollo de sus funciones, entre estos se encuentran, procesos, manuales, instructivos, guías, formatos, procedimientos y lineamientos.

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

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Formato: Documento que obedece a un patrón determinado y es útil para registrar datos e información en general. Este documento se consulta en el aplicativo Almera y es el único que tiene la posibilidad de descargar, ya que es para diligenciamiento.

Guía: Documento que establece lineamientos, recomendaciones, sugerencias u orientaciones sobre un tema específico.

Guía de práctica clínica: Un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud, su objetivo es recomendar lo que se debe y lo que no se debe hacer desde el punto de vista preventivo, diagnóstico o terapéutico para una determinada condición clínica. Tener en cuenta la Resolución 347 de 2017 por la cual se adoptan las Guías de Práctica clínica en al Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E. (Código 07-RES-347-2017)

Instructivo: Es un documento donde se describen actividades o lineamientos generales minuciosamente para lograr una buena práctica, en este se da una seria de indicaciones que permite dar orientación de cómo se debería proceder sobre la aplicación de algún tema específico y las consideraciones que se deben tener en cuenta. 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).

Macroproceso: Agrupación sistémica de los procesos que hacen parte del Ministerio de Salud y Protección Social en sus niveles: estratégicos, misionales, apoyo, y control o evaluación.

Manual: Documento en el cual se establecen directrices generales de varios temas, procesos o métodos, los cuales incluyen información de interés. Esta tipología documental es la de mayor jerarquía. Su uso se limita a la descripción muy amplia y precisa con el fin de alcanzar una meta u objetivo, como por ejemplo: manual de mejora institucional, procesos y procedimientos, funciones o aplica a procesos que requieren gran precisión (esterilización, laboratorio, gases medicinales por ejemplo).

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.

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

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

Plan: Documento que de acuerdo a los lineamientos normativos o requerimientos del Sistema Integrado de Gestión, permite establecer un diagnóstico y con base a ello establecer actividades que se aplicarán en un periodo determinado, el documento se especifica el cómo llevarlas a cabo, su seguimiento y el impacto que se quiere obtener de su aplicación.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Plan de acción: Es el momento en que se determinan y se asignan las tareas, se definen los plazos de tiempo y se calcula el uso de los recursos. Es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específicos, utilizando un monto de recursos asignados con el fin de lograr un objetivo dado.

Plan de mejora: Su estructura está definida desde el Manual de Mejora y da respuesta a las oportunidades de mejora de cualquier fuente.

Plan operativo anual: Es un instrumento que debe sistematizar los aspectos "operativos" relacionados con las actividades que permiten materializar los productos en una expresión anual. Para ser coherente con los objetivos y metas de la Institución y del Programa, debe recoger en su programación justamente las prioridades establecidas en términos de la calendarización de las actividades, identificar los insumos necesarios para la generación de los productos finales. Se desprende de la planeación estratégica institucional tiene dos niveles. El POAI (Plan Operativo Anual de Inversiones) que incluye las metas e indicadores estratégicos- POA metas e indicadores de cada proceso institucional.

Plan trabajo: Un plan de trabajo es una herramienta que permite ordenar y sistematizar información relevante para realizar un trabajo. Esta especie de guía propone una forma de interrelacionar los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos disponibles.

Como instrumento de planificación, el plan de trabajo establece un cronograma, designa a los responsables y marca metas y objetivos.

Política: Manera de alcanzar objetivos. "Es un plan permanente que proporciona guías generales para canalizar el pensamiento administrativo en direcciones específicas.

Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo una o más actividades. En este se definen además de la descripción de la actividad, el responsable de la misma, el tiempo de ejecución de cada actividad, su control y la numeración y secuencia de los mismos. El desarrollo de uno 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. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. tiene definidos 18 procesos.

Programa: Documento que describe la planificación ordenada de las distintas partes o actividades que componen temática especifica que se aplicara a nivel institucional, conteniendo los responsables, objetivos y estrategias a desarrollar. Ejemplos de programa: Programa de Humanización, Programa de Seguridad del Paciente, etc.

Protocolo: Este documento indica una única forma de llevar a cabo las actividades debido a la complejidad y riesgo que representa realizar estas actividades, sin alterar la secuencia en que se debe realizar, en él también se describen las consideraciones y precauciones de cada caso, su aplicación se establece en general para la práctica asistencial, como por ejemplo cuando se quiere documentar las especificaciones de cómo realizar una venopunción periférica y demás procedimiento asistenciales, fuera de la práctica asistencial se deberá concertar con el referente documental de la oficina de Calidad si es procedente su uso.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

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.

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.

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 el número uno (1), para la segunda versión correspondería al número dos (2)

7. DESARROLLO DEL MANUAL

7.1 ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. ha estandarizado los tipos de documentos en su estructura documental así: Manuales, planes, programas, guías, protocolos, procedimientos, instructivos, formatos y otros documentos de forma que se aplique en los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y evaluación, al igual que documentación de origen interno y externo. Ver imagen 1.

Imagen 1 Estructura Documental Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Fuente: Oficina de Calidad Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E

A continuación se describe la estructura documental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

Tabla 1 Descripción de la estructura documental de la Estructura Documental Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

Elemento de estructura documental	**Definición**	**Responsable de modificación y/o actualización**
Políticas	Manera de alcanzar objetivos. "Es un plan permanente que proporciona guías generales para canalizar el pensamiento administrativo en direcciones específicas.	Líderes de procesos
Acuerdos de Junta Directiva	Manifestación de una convergencia de voluntades con la finalidad de producir efectos jurídicos	Junta Directiva
Manual de Elaboración de Documentos	Definir criterios que orienten la elaboración y control de los documentos que forman parte del Sistema Integrado de Gestión Institucional – SIGI.	Líder de proceso

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Elemento de estructura documental	Definición	Responsable de modificación y/o actualización
Mapa de Procesos	Se define como la representación gráfica de los procesos y la operación de las entidades y organismos distritales. estos diagramas se clasifican habitualmente en gerenciales, misionales, de apoyo y evaluación	Comité Directivo
Procedimientos	Documento que describe la forma específica de llevar a cabo una actividad de determinado proceso, es la secuencia de acciones concadenadas entre sí, que ordenadas en forma lógica permite cumplir un fin u objetivo predeterminado. Estructura el método para ejecutar algunas cosas.	Líderes de procesos
Manuales	Compendio que recoge de manera didáctica lo más sustancial de una materia para facilitar su comprensión. Orienta y dirige a quien lo consulta en la realización o el manejo. Los manuales corresponden a documentos que ofrecen información específica de un tema en referencia., Ejemplo: Manual central de Esterilización, Manual centro de Investigaciones, Manual de Bioseguridad, Manual del Laboratorio Clínico.	Líderes de procesos
Planes	Documento que de acuerdo a los lineamientos normativos o requerimientos del Sistema Integrado de Gestión, permite establecer un diagnóstico y con base a ello establecer actividades que se aplicarán en un periodo determinado, el documento se especifica el cómo llevarlas a cabo, su seguimiento y el impacto que se quiere obtener de su aplicación.	Líderes de procesos
Programas	Documento que describe la planificación ordenada de las distintas partes o actividades que componen temática especifica que se aplicara a nivel institucional, conteniendo los responsables, objetivos y estrategias a desarrollar. Ejemplos de programa: Programa de Humanización, Programa de Seguridad del Paciente, etc.	Referentes de Programas
Caracterizaciones de Proceso	Documento que describe todas las actividades que integran un proceso, es presentado en forma sistémica mediante el ciclo de gestión (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Permite identificar las entradas, actividades, puntos críticos de control, responsables y salidas de los resultados (Productos y servicios).	Líderes de procesos
Guía	En la institución se maneja dos tipos de guías: las Guía y las Guías de práctica clínica. **Guía**: Es un documento donde se describen lineamientos generales para lograr una buena práctica, en este se da una seria de indicaciones que permite dar orientación de cómo se debería proceder sobre la aplicación de algún tema específico y las consideraciones que se deben tener en cuenta. **Guías de práctica clínica:** Un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud, su objetivo es recomendar lo que se debe (y lo que no se debe) hacer desde el punto de vista preventivo, diagnóstico o terapéutico para una determinada condición clínica. Tener en cuenta la Resolución 347 de 2017 por la cual se adoptan las Guías de Práctica clínica en al Subred	Líderes de procesos

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Elemento de estructura documental	Definición	Responsable de modificación y/o actualización
	integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E. (Código 07-RES-347-2017)**.**	
Protocolo	Este documento indica una única forma de llevar a cabo las actividades debido a la complejidad y riesgo que representa realizar estas actividades, sin alterar la secuencia en que se debe realizar, en él también se describen las consideraciones y precauciones de cada caso, su aplicación se establece en general para la práctica asistencial, como por ejemplo cuando se quiere documentar las especificaciones de cómo realizar una venopunción periférica y demás procedimiento asistenciales, fuera de la práctica asistencial se deberá concertar con el referente documental de la oficina de Calidad si es procedente su uso.	Líderes de procesos
Instructivo	Es un documento donde se describen actividades o lineamientos generales minuciosamente para lograr una buena práctica, en este se da una seria de indicaciones que permite dar orientación de cómo se debería proceder sobre la aplicación de algún tema específico y las consideraciones que se deben tener en cuenta. Hacen parte de un proceso o procedimiento.	Líderes de procesos
Formato	Forma o disposición en que se presenta la información. El código del formato se dará una vez este se apruebe, su estructura será la que se defina en la presente guía	Líderes de procesos
Documentos de Origen Externo	Es aquel elaborado por entes ajenos a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, que inciden en la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión Institucional. Entre los documentos externos se pueden considerar normas, códigos, leyes, decretos, resoluciones, manuales entre otros.	

Fuente: Oficina de Calidad Subred Integrada de Servicios Sur Occidente

7.2 CONTROL DE DOCUMENTOS

El control de documentos se establece bajo las actividades descritas en los siguientes procedimientos:

Procedimiento de control de documentos 02-01-PR-0001
Procedimiento de control de registros 14-06-PR-0004

7.2.1 MODIFICACIÓN Y ELABORACIÓN

Para llevar un control de la elaboración y modificación de los documentos, estos deberán ser notificado y validados por la dependencia de Calidad de la Subred Sur Occidente, quien revisara y controlará los cambios o modificaciones de los documentos empleando haciendo uso del aplicativo informático denominado Almera, conforme a la aplicación de las actividades descritas en el procedimiento de control de documentos Código: 02-01-PR-0001. De igual forma las modificaciones de los documentos se deberán registrar en la tabla de cambios que aparece en la estructura de cada una de las tipologías documentales.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Los cambios en los documentos serán responsabilidad de cada uno de los líderes de procesos donde se utiliza o aplica el respectivo documento que se va a revisar, cambiar o actualizar.

7.2.2 ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

El líder del proceso revisa y justifica la eliminación o inactivación del documento y lo aprueba diligenciando el formato Solicitud de eliminación de documentos Código 02-01-FO-0016, posteriormente se envía a través de ticket en la mesa de ayuda para su revisión y proceder a la eliminación o inactivación en la plataforma ALMERA.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**SOLICITUD DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		
Fecha de solicitud:				
Proceso asociado:		**Subproceso asociado**		
Tipo de documento:		**Código:**		
Nombre del documento:			**Versión actual:**	
JUSTIFICACIÓN				

Página 1

7.2.3 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

La tabla maestra de documentos se encuentra disponible en el aplicativo Almera, ubicándose en la página de Inicio y bajo el Mapa de procesos, aparece una carpeta con nombre Documentos, se debe dar clic allí, se despliega una carpeta con nombre “Listado maestro de documentos” y es ahí donde aparece el listado en un documentos de Excel, el listado permite conocer la totalidad de documentos que sustentan la operación del Sistema Integrado de Gestión y su estado, es decir si estos se encuentran vigente (Cuando ya están aprobados), revisado (Cuando fueron revisados en su contenido), elaborado (Cuando se solicitó la revisión del documento y este se encuentra en trámite), en Elaboración (Cuando el documento está siendo modificado).

7.2.4 DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTOS

Todos los documentos internos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE están disponibles para su consulta en el aplicativo Almera, para su ingreso se podrán realizar por las siguientes opciones:

1. Ingresando a la página Web Link Almera
2. Ingresando en el Intranet_Link Almera
3. Ingresando la siguiente dirección:
https://sgi.almeraim.com/sgi/index.php?conid=sgisrso

El ingreso al aplicativo se realizara utilizando un usuario y una contraseña la cual deberán ser solicitados al administrador del aplicativo Almera de la Subred mediante ticket en la Mesa de ayuda.

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

7.2.5 COPIAS DE DOCUMENTOS

No se debe tener copias físicas o electrónicas de los documentos, ya que todos los documentos son controlados por el Sistema Integrado de Gestión y su consulta solo es válida en el aplicativo Almera, su impresión se considerara una copia no controlada del documento, lo anterior permite no hacer uso de copias obsoletas o no aprobadas de los mismos.

Las copias que se soliciten por entidades u organizaciones diferentes a la institución deberán ser solicitadas a la dependencia de Calidad ya sea por comunicación formal o correo electrónico, quien entregará en medio magnético copia del documento que se encuentra en el aplicativo, estos se consideran como copias no controladas; es de anotar que las Copias No Controladas son 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.

Los documentos publicados en el aplicativo Almera estarán disponibles para su consulta en el visor documental, no es posible su descarga ni impresión.

7.2.6 CONTROL DOCUMENTOS EXTERNOS

Los documentos de origen externo son el grupo de documentos emitidos por entes externos a la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE (Terceras partes) que son utilizados por cada uno de los procesos, en el desarrollo de sus actividades Ejemplo: Manual cadena de custodia de la fiscalía, Código Único Disciplinario, entre otros.

Con el fin de realizar la trazabilidad y revisión de estos documentos, el responsable de cada proceso debe verificar el estado de vigencia de los documentos de origen externo que se emplean en su proceso.

Una vez identificados los documentos de origen externo aplicables y vigentes a la institución se deberá realizar una solicitud especificando que se trata de un documento externo que aplica para la operación de la Subred, se debe informar al administrador designado de la oficina de Calidad, tal como se indica en el Procedimiento Control de Documentos, el control y revisión de estos documentos es responsabilidad del líder de operación donde se esté aplicando.

Los documentos que no aparezcan registrados dentro del listado maestro de documentos se consideran como documentos de consulta.

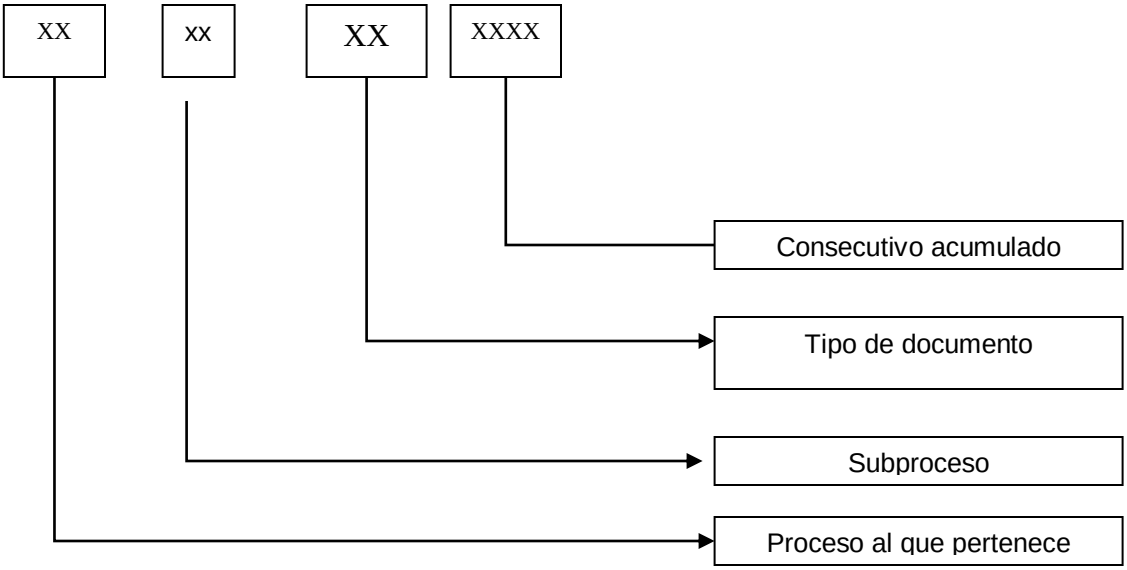
Aquellos documentos que se consulten por internet o medio magnético No son considerados documentos externos.

Los documentos externos de carácter normativo tales como leyes, decretos entre otros, se encontraran disponibles en el aplicativo Almera y su control se realizara conforme a lo establecido en el procedimiento actualización, control y divulgación del Normograma.

7.2.7 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Para la identificación y control de los documentos, se realizará bajo la siguiente estructura:

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."



Los dos primeros números correspondientes al proceso al que pertenece, los dos siguientes números al subproceso, las dos letras refieren el tipo de documento que es y por último se tiene el consecutivo dentro del tipo de documento a normalizar.

7.2.7.1 PROCESO Y SUBPROCESO AL QUE PERTENECE

Se identifica el proceso al que se relaciona el documento para lo cual se deberá tener en cuenta el mapa de procesos de la Subred Sur Occidente para definir el proceso y subproceso al cual se está generando el documento.

MACROPROCESO	**Estratégico**		
PROCESO	**Código Identificación**	**Subproceso**	**Código Identificación**
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	**01**	Planeación estratégica	01
		Mercadeo	02
		Convenios y proyectos	03
		Gerencia de la información	04
GESTION DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	**02**	Control de la producción de documentos	01
		Gestión clínica excelente y Segura	02
		Sistema único de acreditación	03
		Humanización	04
		Sistema único de habilitación	05
		Auditoria de mejora continua	06
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	**03**	Servicio al ciudadano	01
		Participación comunitaria	02
GESTIÓN DEL	**05**	Docencia - servicio	01

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

MACROPROCESO	Estratégico		
PROCESO	**Código Identificación**	**Subproceso**	**Código Identificación**
CONOCIMIENTO		Investigación	02
GESTION JURIDICA	**15**	Defensa judicial	01
		Cobro coactivo	02
GESTION DE COMUNICACIONES	**12**	Comunicaciones Internas	01
		Comunicaciones Externas	02

MACROPROCESO	Misional		
PROCESO	**Código Identificación**	**Subproceso**	**Código Identificación**
GESTIÓN DEL RIESGO	**06**	Gestión del Riesgo Individual	01
		Gestión del Riesgo Colectivo	02
GESTION CLINICA HOSPITALARIA	**07**	Internación Adultos, niños y Gineco- Obstetricia	01
		Quirúrgicas	02
GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**08**	Patología	01
		Imagenología	02
		Laboratorio clínico	03
		Farmacia	04
		Nutrición	05
		Unidad renal	06
GESTION CLINICA DE URGENCIAS	**09**	Atención de Urgencias	01
		Atención Domiciliaria	02
		Traslado de Pacientes	03
GESTION CLINICA AMBULATORIA	**10**	Medicina General y Especializada	01
		Odontología General y Especializada	02
		Otros Servicios(terapias, Optometría)	03

MACROPROCESO	Apoyo		
PROCESO	**Código Identificación**	**Subproceso**	**Código Identificación**
GESTION DEL TALENTO HUMANO	**04**	Formación y Desarrollo del Talento Humano	01
		Administración del Talento Humano	02
		Calidad de Vida del Trabajador	03
		Evaluación de desempeño laboral	04
GESTION FINANCIERA	**11**	Presupuesto	01
		Facturación	02

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

MACROPROCESO	Apoyo		
PROCESO	**Código Identificación**	**Subproceso**	**Código Identificación**
		Tesorería	03
		Contabilidad	04
		Cartera y glosas	05
GESTION DE TICS	**13**	Administración de Bases de Datos	01
		Administración de Software y Hardware	02
		Administración de Aplicativos	03
		Administración del Sistema de Información	04
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	**14**	Mantenimiento de infraestructura y equipos industriales	01
		Gestión de la tecnología biomédica	02
		Almacén y suministros	03
		Activos fijos y seguros	04
		Gestión ambiental	05
		Gestión documental, archivo y correspondencia	06
		Servicios generales y logística	07
GESTION DE CONTRATACION	**18**	Pre Contractual	01
		Contractual	02
		Post Contractual	03

MACROPROCESO	Evaluación		
PROCESO	**Código Identificación**	**Subproceso**	**Código Identificación**
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	**16**		00
CONTROL INTERNO	**17**		00

7.2.7.2 TIPO DE DOCUMENTO

Se debe identificar el tipo de documento según la siguiente clasificación:

Sigla de identificación	Tipo de Documento
MA	Manual
PL	Plan
PG	Programa
GP	Guía de práctica Clínica
GI	Guía

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

PT	Protocolo
PR	Procedimiento
IN	Instructivo
FO	Formato
OD	Otro documentos que no se catalogan en los tipos de documentos referidos anteriormente

Se establece una categoría especial a documentos tales como planes, tablas y similares que se requieren como herramienta informativas para las diferentes proceso y su contenido no se ajusta a la estructura de las tipologías documentales definidas

7.2.7.3 CONSECUTIVO ACUMULADO

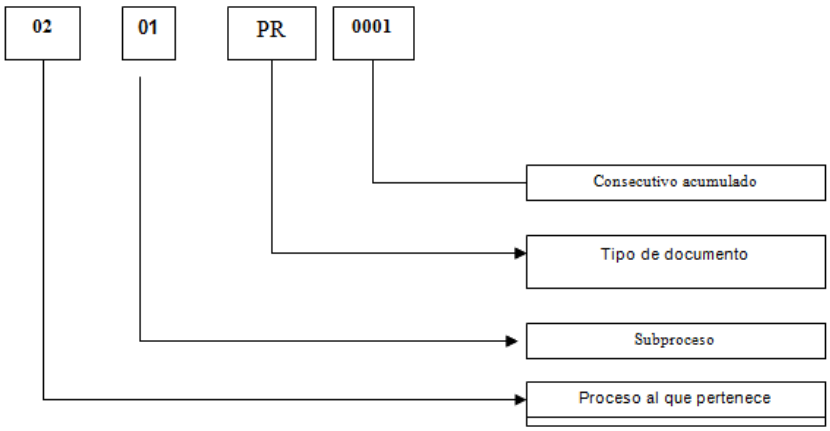
El consecutivo acumulado será el número consecutivo de registro del documento de acuerdo a su subproceso y tipo de documentación

7.2.7.4 VERSIÓN

La versión no se encuentra contemplada dentro del código de identificación del documento pero si permite establecer la versión del mismo. Cuando se elabora un documento la versión iniciara con el número uno (1), si este sufre modificación se identificara con la versión dos (2) y así sucesivamente, lo anterior se modificara cada vez que se realicen y aprueben cambios al documento

7.2.7.5 EJEMPLO DE CODIFICACIÓN DE DOCUMENTO

Procedimiento control de documentos código: 02-01-PR-0001



Para el caso de ejemplo los dos número iniciales corresponden al Proceso, el 02 le corresponde al Proceso de Gestión de la Calidad y mejoramiento continuo, los dos número siguientes que refieren el subproceso, para este caso el 01 hace referencia al subproceso de Control de la producción de documentos, las letras PR hacen referencia a que se trata de un procedimiento y los últimos números hacen parte del consecutivo de acuerdo a los documentos normalizados en el Aplicativo Almera, en este caso es el primer procedimiento.

7.2.7.6 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE ORIGEN NORMATIVO

Para los documentos de origen normativo la codificación se realizara de la siguiente manera

Identificación del proceso - tres primeras letras del tipo de norma-número que identifica el documento normativo

Documento Normativo	Identificación
Ley	LEY
Decreto	DEC
Resolución	RES
Circular	CIR

Ejemplo: 02-LEY -100-1993

7.2.7.7 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE ORIGEN EXTERNO

Para los documentos de origen externo se tomara igual que lo descrito del numeral 7.2.7.1 Proceso y Subproceso al que pertenece, al numeral 7.2.7.3 Consecutivo acumulado, solo que le precede las siglas EX (Externo)

Ejemplo: EX -02-01-IN-0001

7.3 REVISIÓN DE DOCUMENTOS

Se debe realizar revisión del contenido de los documentos cuando implique cambio de normatividad, de los sistemas de información, actualización en las actividades realizadas o cualquier otro cambio procedimental, para lo cual cada líder deberá programar la revisión de los documentos durante este periodo.

Una vez se realice la revisión de los documentos, se podrá establecer si el documento se mantiene igual o si se requiere realizar actualización, la notificación de la revisión o el cambio del documento deberá hacerse conforme a lo establecido en el procedimiento de control de documentos y enviar a través de mesa ayuda.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Para el caso de los manuales de laboratorio clínico la revisión de los mismos se realizará mínimo anualmente, en relación a la guías de manejo asistencial o guías de práctica clínica, su revisión se deberá hacer mínimo cada cinco años.

Para la revisión de los diferentes documentos antes de su publicación, se tendrá en cuenta en el área de calidad el perfil de los profesionales quienes lo revisarán.

7.4 CONSTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS

La Subred Suroccidente mejora sus procesos y/o procedimientos teniendo en cuenta criterios tales como: Sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía, sugerencias por parte de los servidores, resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos, espacios de concertación y consulta con grupos étnicos, análisis de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio, análisis de costo-beneficio de los procesos, los resultados de la gestión institucional, seguimiento a los indicadores de gestión, implementación y monitoreo de los controles a los riesgos, requisitos legales y cambios normativos, resultados de encuestas internas o externas entre otros aspectos.

7.4.1 ASPECTOS GENERALES

A continuación se describen los aspectos generales a tener en cuenta cuando se elabora un documento:

7.4.1.1 ENCABEZADO

El encabezado de acuerdo a la estructura documental, contiene el logo de la Subred lado izquierdo y el logo de la Secretaría Distrital de Salud en el lado derecho, en el centro del encabezado el nombre del documento, Versión, código, fecha de aprobación y el número de páginas que compone el documento.

Imagen Componentes del encabezado de las estructura documentales

1	2	Versión: 3		6
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	XXXXX	Fecha de aprobación: 4		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Código: 5		

1.	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**Logo de la Subred de Servicios de Salud Suroccidente ESE.** De acuerdo a los lineamientos de imagen institucional que se emitan desde la dependencia de planeación (comunicaciones), se identificarán los documentos con el Logo – Símbolo establecido

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

2.	**Tipología del documento**	**Nombre**: Identificación nominativa del documento, relaciona el fin del documento. En mayúscula. Ejemplo: Manual de elaboración de documentos Procedimiento de control de documentos Guía para el manejo espiritual y emocional
3.	**Versión:**	**Versión**: Indica el número de la versión del documento. La versión inicia con el número 1
4.	**Fecha de aprobación**	**Fecha**: Es la fecha en el que se da inicio a la implementación y uso del documento. El cambio de versión contempla el cambio de fecha. La forma de establecer la fecha es DD – MM – AAAA. Para el caso de formatos es importante aclarar que esta fecha no se debe interpretar como la fecha de uso del formato, solo refiere a la fecha que se aprobó la estructura del mismo
5.	**Código**	**Codificación**: El documento será identificado a través de un código alfanumérico ver numeral 6.2.8
6.	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	**Logo de la Secretaria Distrital de Salud**: De acuerdo a la imagen institucional de esta instancia, se identificarán los documentos con el Logo – Símbolo establecido.

Los logos a emplear estarán conforme a los lineamientos que se emitan de imagen corporativa e identidad visual de la Subred Sur Occidente

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	**TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO Y NOMBRE|**	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

7.4.1.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (SI APLICA)

En este ítem se registrará como se llevara acabo el cumplimiento del objetivo para lo cual fue construido el documento. El seguimiento se realizara a nivel interno (Calidad y control interno), por autocontrol (Líder del proceso, referente de la Subred o un colaborador) y a nivel externo cualquier entidad que tenga interés en el desarrollo del documento

Seguimiento	Responsable	Mecanismos de seguimiento	Periodicidad
Autocontrol			
Auditoría interna			
El presente documento está sujeto a verificaciones externas			

Indicadores

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

7.4.1.3 TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

La tabla de control de cambio, indica los cambios que ha sufrido el documento, se diligencia cuando el documento tiene un cambio en su contenido y por lo tanto se hace necesario notificar su cambio para que este sea nuevamente aprobado y socializado.
En esta parte se describen los cambios realizados en cada versión del documento, lo anterior permite el control y trazabilidad del mismo; para ello deberá colocar la fecha de aprobación de cada modificación en formato (dd-mm-aaaa) y en la descripción detalle de manera simplificada las modificaciones realizadas.

La casilla de número refiere al número de cambios que ha tenido el documento, iniciando por el número 1 que es la Emisión del documento.

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS		
No	FECHA	CAMBIO

7.4.1.4 REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

Relacione los registros, formatos y demás documentos que se generan en el desarrollo del documento, identifíquelos con el nombre y código sin versión.

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

7.4.1.5 CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Señale claramente en qué proceso(s) está indicada la utilización del presente manual, a qué equipo de trabajo va dirigido y la relación existente con otros documentos

CAMPO DE APLICACIÓN

7.4.1.6 EVIDENCIA DE LA APROBACIÓN

Es la identificación del (de los) colaborador(es) o la instancia que elaboró, revisó y verificó el documento, y se evidenciará cuando el documento sea enviado desde la dirección de correo del líder o Director correspondiente.

ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Nombre y Apellidos:	Líder o líderes de proceso que elaboraron o modificaron el documento. Si se elabora o modifica al interior de un Comité, el responsable es el Presidente del Comité	Instancia que verificó y dio visto bueno al documento descrito. Subgerente o Jefe de oficinas. Si se elabora o modifica al interior de un Comité, el responsable es el Presidente del Comité.	Profesional de la Oficina de Gestión de Calidad y mejoramiento continuo, previo cumplimiento de requisitos de gestión documental	Gerente o a quien delegue
Cargo y/o actividad:	Diligencia el cargo de la o las personas que realizaron cada actividad.			
Fecha :				

7.4.1.7 BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía es el listado completo de los materiales consultados por la persona que elaboro el documento para documentar su trabajo, en caso de no aplicar bibliografía se colocar No aplica.

Las bibliografías se escriben según el modelo (La entrada principal será el autor. Se escribe primero los APELLIDOS en mayúsculas fijas, nombre son mayúscula inicial. Título, ciudad de edición, editorial, año de publicación y número de páginas).
A continuación se describe la forma en que se debe mencionar la bibliografía conforme al tipo de documento consultado:

- Libros: APELLIDO (S), Nombre. Título: Subtitulo. Número de edición (Diferente a la primera). Ciudad de publicación: editorial, año de publicación. Paginación (Serie)
- Artículo de Periódico: APELLIDO (S), Nombre. Nombre del artículo. En: nombre del periódico. Ciudad: (Fecha de publicación), Pagina.
- Web: APELLIDO, Nombre. Título. {En línea}. Fecha. {Fecha de consulta}. Disponible en….
- Tesis: APELLIDO, Nombre. Título. Ciudad, año, páginas. Trabajo de grado (Titulo). Universidad. Facultad.
- Artículo de revista: APELLIDO, Nombre. Título del artículo. En: Nombre de la revista. Vol., No (Mes abreviado, año); Pág.
- En caso de tomar como referencia documentos de la Secretaria Distrital de Salud, del Ministerio de la Protección Social u otro documento indicar si el texto se “adopto” y/o se “adapto” si aplica

7.4.1.8 PIE DE PÁGINA

El pie de página estará conformado por el siguiente enunciado **“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA**

UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN y por la paginación del documento al lado derecho inferior de la siguiente manera: Pagina xx de xx

Ejemplo

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESION SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Página 19 de 35

Para el caso de formatos no llevará el enunciado solo la paginación del documento

7.4.2 ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos en la subred responden a la siguiente clasificación:

7.4.2.1 MANUALES

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	MANUAL XXXX	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 4
1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS 4
2 ALCANCE 4
3 JUSTIFICACIÓN 4
4 MARCO CONCEPTUAL 4
5 DEFINICIONES 4
6 DESARROLLO DEL MANUAL 4
7 BIBLIOGRAFÍA 4
8 ANEXOS 5
9 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL MANUAL 5

La estructura de manuales contendrá mínimo los siguientes aspectos:

1. Encabezado (Ver 7.4.1.1 Encabezado)
2. Objetivo: Propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción (ar, er, ir), en este cambo también se definen los objetivos específicos a tratar en el manual
3. Alcance: Límites del documento, definiendo desde donde inicia hasta donde termina el documento
4. Justificación: Se define por qué se requiere documentar en el Manual y que beneficios al desarrollo del proceso o la organización, trae su aplicación
5. Marco conceptual: Sustentación teórica y legal que acompaña el desarrollo del Manual, que le sirve de fundamento. Incluya revisión teórica, antecedentes y normatividad vigente que le aplique, según corresponda, en esta parte incluya la introducción del tema
6. Definiciones: Se deben enunciar las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético

7. Desarrollo del manual: En este espacio diligencie la información que se quiere transmitir en el manual, se puede hacer uso de imágenes o tablas, según se requiera para dar un mejor entendimiento de la información. Si dentro de este contenido se refiriere otro documento tal como procedimiento, manual instructivo, etc., se debe indicar el nombre y código de identificación del mismo
8. Bibliografía (Ver 7.4.1.7 Bibliografía)
9. Anexos: Relación de los anexos que se requieran para conocimiento y fortalecimiento del manual, de no requerirse, referirse en este ítem la palabra “No aplica”, los anexos hacen parte del documento, estos se anexarán al final, los cambios o actualizaciones de los anexos se controlarán en la tabla de control de documentos.
10. Seguimiento y evaluación del manual (Ver 7.4.1.2 Seguimiento y medición (Si aplica))
11. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
12. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
13. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
14. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

Para la construcción de manuales se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Construir el manual con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido en el manual, indicando el nombre del documento y código.
- Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos código 02-01-PR-0001.
- El formato a emplear para documentar manuales se identifica como estructura Manual código: 02-01-FO-0003.

7.4.2.2 PROGRAMAS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	XXXXXXXXX	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 2
2 ALCANCE 2
3 NORMATIVIDAD RELACIONADA 3
4 DEFINICIONES 3
5 DESARROLLO DEL PROGRAMA 7
6 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROGRAMA 7
7 BIBLIOGRAFÍA 7

La estructura de programas contendrá mínimo los siguientes aspectos:

1. Encabezado (7.4.1.1 Encabezado)
2. Objetivo: Indica el propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción (ar,er,ir)

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

3. Alcance: Describe l los límites del documento, definiendo desde donde inicia su aplicación y hasta donde finaliza.
4. Normatividad relacionada: Indique que normatividad se relaciona con la aplicación o regulación del programa, ejemplo: Resolución xx del 20xx por la cual se regula … emitida por …
5. Definiciones: Se deben enunciar las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla y se colocan en orden alfabético.
6. Desarrollo del programa: En este espacio se diligencia la información que se quiere transmitir en el documento, se puede hacer uso de imágenes o tablas, según se requiera para dar un mejor entendimiento de la información. Si dentro de este contenido se hace referencia a otro documento tal como procedimiento, manual instructivo, etc., se debe indicar el nombre y código de identificación del mismo. Dentro del desarrollo del programa se debe especificar la siguiente información:
   - ✓ Introducción: Permite conocer al lector que es lo que va tratar el programa, cuáles son sus antecedentes, los motivos por los cuales se hace necesario el programa, que interviene, entre otros aspectos que considere necesario darlo a conocer de manera introductoria y resumida
   - ✓ Responsabilidad frente al programa: Se describe los roles que intervienen en la ejecución del programa, para cada rol se le debe establecer la responsabilidad y papel dentro del programa, ejemplo: Referente de Seguridad del paciente frente al programa de reactivo vigilancia realizará la revisión de los reportes de atención insegura por parte de los servidores públicos, que permitirán canalizar los reportes relacionados con reactivos de diagnóstico en invitro, los cuales serán informados al referente de reactivo vigilancia
   - ✓ Aplicación del programa: Descripción del desarrollo y aplicación del programa y sus diferentes líneas de trabajo, se puede hacer usos de tablas o imágenes que permitan entender mejor el contenido del documento.
   - ✓ Despliegue de la operación del programa: Este apartado permite conocer de manera resumida como se llevará a cabo la operación de los objetivo y o líneas de trabajo del programa: para cada objetivo o línea se debe diligenciar las acciones en las que se materializa la operación que se quiere realizar en el objetivo o línea de trabajo, el nombre e identificación del código del documento (Manual, guías, procedimiento, etc.) que sirve de referencia para llevar a cabo la acción, el responsable de la aplicación y como se soporta la acción:
7. Seguimiento y evaluación del programa (Ver 7.4.1.2 Seguimiento y medición (Si aplica))
8. Bibliografía (Ver 7.4.1.7 Bibliografía)
9. Anexos: Relacione los anexos que se requieran para conocimiento y fortalecimiento del programa, de no requerirse, referirse en este ítem la palabra “No aplica”, los cambios o actualizaciones de los anexos se controlarán en la tabla de control de documentos.
10. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
11. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
12. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
13. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

Para la construcción de programas se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Construir el programa con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido en el programa, indicando el nombre del documento y código
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos código
- ✓ El formato a emplear para documentar manuales se identifica como estructura de programas código: 02-01-FO-0004

7.4.2.3 CARACTERIZACIÓN DE PROCESO

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

1. MACROPROCESO:	
3. OBJETIVO:	
4. RESPONSABLE:	
5. ALCANCE:	
6. INDICADORES:	
7. SUBPROCESOS O SERVICIOS	

8. SOPORTES NORMATIVOS

9.. DEFINICIONES

10. DESCRIPCIÒN DE ACTIVIDADES

N°	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE

11. RIESGOS Y CONTROLES

RIESGOS	CONTROLES

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÒN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

CAMPO DE APLICACIÒN DEL DOCUMENTO

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)
Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y apellidos.				
Cargo y/o actividad:				
Fecha :				

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

La estructura de la caracterización de proceso contendrá mínimo los siguientes pasos:

1. Encabezado (Ver 7.4.1.1 Encabezado)
2. Macroproceso: Indique el macroproceso del cual se deriva el proceso al que se le hará la caracterización. Puede ser: estratégico, misional, apoyo o misional.
3. Objetivo: Indicar el propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción (Ar, er, ir)
4. Responsable: Registrar el Cargo o Rol del responsable de la aprobación técnica, socialización, ejecución, seguimiento y actualización del proceso. Ejemplos: Director de servicios compartidos, Jefe Oficina de Control Interno, entre otros.
5. Alcance: Descripción de manera general los límites del documento, definiendo desde donde inicia su aplicación y hasta donde finaliza
6. Indicadores: Enuncie los indicadores que usa el proceso para evaluar y hacer seguimiento al objetivo del mismo.
7. Subprocesos o servicios: Indique los subprocesos o servicios dependientes del proceso que aquí se describe
8. Soportes normativos: Indique el marco regulatorio nacional que existe en el ordenamiento jurídico que se relacione con el alcance y objetivo del proceso.
9. Definiciones: Definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético.
10. Dentro de la descripción de las actividades se debe determinar lo siguiente:
    - ✓ Proveedor: Nombre de un proceso, un cargo o rol, o entidad externa que provee insumos para ejecutar las actividades del proceso. Puede ser un documento, bien o servicio.
    - ✓ Entrada: Insumo proporcionado por los proveedores. Las entradas pueden ser, información de tipo legal, documentos o necesidades.
    - ✓ Actividades: La acción en orden secuencial que hace parte del proceso. Su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo. En este campo se puede realizar Llamados a otros documentos que se encuentren en ALMERA (Procesos, procedimientos, guías, entre otros) para identificar la relación entre los mismos.
    - ✓ PHVA: Para la definición de las actividades asociadas al proceso se usa el ciclo PHVA (P=Planear, H= Hacer, V= verificar, A=actuar), en esta casilla por favor escriba la inicial de PHVA acorde a la actividad enunciada.
    - ✓ Salida: Detallar los productos (Documentos o registros) que se generan al ejecutar la actividad. Ejemplo: Plan Estratégico aprobado.
    - ✓ Cliente: Registrar el nombre de un proceso, cargo o rol, o entidades externas que reciben la salida generada de la ejecución de la actividad.
11. En cuanto a riesgo y control por favor diligencia de la siguiente forma:
    - ✓ Riesgos: Indique los riesgos asociados al proceso. (Referencia en Desarrollo Institucional)
    - ✓ Controles: Asocie el control correspondiente al riesgo definido.
12. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
13. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
14. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
15. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Para la construcción dela caracterización de un proceso se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Construir la caracterización con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido del proceso, indicando el nombre del documento y código
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos código 02-01-PR-0001
- ✓ El formato a emplear para documentar caracterización de procesos se identifica como estructura de Caracterización de procesos código: 02-01-FO-0017

7.4.2.4 PLAN

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PLAN XXX	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 2
2 ALCANCE 2
3 DEFINICIONES 3
4 DESARROLLO DEL PLAN 3
5 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PLAN 3
6 BIBLIOGRAFIA 3
7 ANEXOS 3

1. Encabezado (Ver 7.4.1.1 Encabezado)
2. Objetivo: Indicar el propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción (ar, er, ir)
3. Alcance: Descripción de manera general los límites del documento, definiendo desde donde inicia su aplicación y hasta donde finaliza
4. Definiciones: Definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético.
5. Desarrollo del plan: Información que se quiere transmitir en el documento, haga uso de imágenes o tablas, según se requiera para dar un mejor entendimiento de la información. Si dentro de este contenido requiere referirse a otro documento tal como procedimiento, manual instructivo, etc., por favor refiera el nombre y código de identificación del mismo.
6. Seguimiento y evaluación del plan: Registrar como se llevará a cabo el seguimiento y la evaluación al cumplimiento del objetivo para lo cual fue construido el documento. El seguimiento se realizará a nivel interno (Calidad y control interno), por autocontrol (Líder del proceso, referente de la Subred o un colaborador) y a nivel externo cualquier entidad que tenga interés en el desarrollo del documento
7. Bibliografía (Ver 7.4.1.7 Bibliografía)

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

8. Anexos: Relacione los anexos que se requieran para conocimiento y fortalecimiento del programa, de no requerirse, referirse en este ítem la palabra “No aplica”, los cambios o actualizaciones de los anexos se controlarán en la tabla de control de documentos.
9. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
10. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
11. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
12. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

Para la construcción de planes se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Construir el plan con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- ✓ Tener en cuenta lineamientos, normatividad u orientaciones que se tenga la elaboración del plan
- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido en el programa, indicando el nombre del documento y código 02-01-PR-0001
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos código 02-01-PR-0001
- ✓ El formato a emplear para documentar planes se identifica como estructura de Plan código: 02-01-FO-0005

7.4.2.5 GUÍAS

	GUIA XXX	Versión:		
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Código:		

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 2
2 DOCUMENTO RELACIONADO 2
3 ALCANCE 2
4 DEFINICIONES 2
5 DESARROLLO DE LA GUIA 2
6 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LA GUÍA 2
7 BIBLIOGRAFIA 3
8 ANEXOS 3

La estructura de guías contiene los siguientes aspectos:

1. Encabezado (Ver 7.4.1.1 Encabezado)
2. Objetivo: Indica el propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo (Ar, er, ir) que indique la acción.
3. Documento relacionado: Se menciona el nombre documento y el código del documento sin la versión, con el cual se relaciona la Guía si aplica.
4. Alcance: Descripción de manera general los límites del documento, definiendo desde donde inicia su aplicación y hasta donde finaliza

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

5. Definiciones: Enunciado de las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético.
6. Desarrollo de la guía: en este espacio se diligencia la información que se quiere transmitir en la guía, se hace uso de imágenes, diagramas o tablas, según se requiera para dar un mejor entendimiento de la información. Si dentro de este contenido requiere referirse a otro documento tal como procedimiento, manual instructivo, etc., se refiera el nombre y código de identificación del mismo
7. Seguimiento y evaluación de la guía: en esta parte se registra como se llevará a cabo el seguimiento y la evaluación al cumplimiento del objetivo para lo cual fue construido el documento. El seguimiento se realizara a nivel interno (Calidad y control interno), por autocontrol (Líder del proceso, referente de la Subred o un colaborador) y a nivel externo cualquier entidad que tenga interés en el desarrollo del documento
8. Bibliografía (Ver 7.4.1.7 Bibliografía)
9. Anexos: Relacione los anexos que se requieran para conocimiento y fortalecimiento del programa, de no requerirse, referirse en este ítem la palabra “No aplica”, los cambios o actualizaciones de los anexos se controlarán en la tabla de control de documentos.
10. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
11. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
12. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
13. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

Para la construcción de las guías de manejo se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Construir la guía de manejo con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido de la guía, indicando el nombre del documento y código
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos código 02-01-PR-0001
- ✓ El formato a emplear para documentar guías se identifica como estructura guías código: 02-01-FO-0007

7.4.2.6 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

TABLA DE CONTENIDO

1 JUSTIFICACIÓN 2
2 OBJETIVO GENERAL 2
3 MARCO LEGAL 2
4 CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO 2
5 PARTICIPANTES 2
6 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA 2
7 FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÌNICAS. 2
8 METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA 3
9 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA 3
10 DESARROLLO DEL CONTENIDO 3
11 DESCRIPCIÓN DEL EVENTO 3
12 ETIOLOGÌA 3
13 CUADRO CLÌNICO 3
14 DIAGNÓSTICO 3
15 TRATAMIENTO 3
16 COSTO EFECTIVIDAD DE LA CONDUCTA 4
17 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA A GUÍAS 4
18 VALORACIÓN DE LA APLICABILIDAD 4
19 EVALUACIÓN EXTERNA DE LA GUÍA 4
20 HERRAMIENTAS PARA LA APLICACIÓN 4
21 FLUJOGRAMA 4
22 BIBLIOGRAFÍA 4

La estructura de guías de práctica clínica contiene los siguientes aspectos:

1. Encabezado (Contiene la información descrita en el ítem 7.4.1.1)
2. Objetivo: Propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción (Ar,er,ir)
3. Documento relacionados
4. Alcance: Descripción general los límites del documento, definiendo desde donde inicia su aplicación y hasta donde finaliza
5. Definiciones
6. Justificación: Contexto del porque se requiere documentar una guía y que beneficios al desarrollo del proceso trae la aplicación de la guía, relacionándola con el perfil de morbilidad institucional.
7. Objetivo General: Definición de forma clara y concisa el para qué se implementa la guía y qué se busca con la documentación de la misma. Dentro de éste Objetivo General se pueden incluir intervenciones en salud relacionadas con Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, rehabilitación o manejo paliativo, de la patología específica a tratar en la guía.
8. Marco Legal: Definición de la normatividad que aplica y da sustento a la guía así como a las políticas Nacionales y/o Distritales en torno a pautas indicativas de tratamientos en procesos asistenciales.
9. Campo de Aplicación del Documento: Especificación e los procesos donde está indicada la utilización de la presente guía, a qué equipo de trabajo va dirigido y la población de usuarios que se vería beneficiada por la guía. En la población de pacientes a quienes se dirigen las recomendaciones de la guía se debe especificar la edad, sexo, severidad de la patología y la presencia de morbilidades. La población de pacientes a la cual se dirige la guía se

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

denomina POBLACIÓN OBJETO. El grupo de trabajo a quien se dirige la guía se denomina USUARIOS OBJETO.

10. Participantes: Integrantes del grupo de trabajo que intervino en el desarrollo de la guía. Incluye al personal asistencial con su respectiva profesión, asesores metodológicos, representante de Subgerencia Administrativa, representante de Oficina de Gestión de la Calidad y Coordinador de Farmacia.
11. Descripción de la Metodología: Descripción secuencial de todos los pasos seguidos durante el desarrollo de la guía.
12. Formulación de Preguntas Clínicas: Corresponde al listado de preguntas clínicas que se deben cumplir con el Objetivo General planteado por la guía.
13. Metodología de Búsqueda: Términos MeSH (Encabezados de temas médicos) utilizados en la búsqueda de la literatura, las Bases de Datos consultadas y el periodo de tiempo definido para la búsqueda.
14. Criterios de Selección de La Evidencia: Teniendo en cuenta que el proceso de Guías de Manejo Institucionales se fundamenta en la adaptación de Guías de Práctica Clínica desarrolladas por entidades especializadas en esa labor; la función que debe cumplir el grupo de trabajo es la de elegir la Guía de Práctica Clínica que cuente con una Población Diana lo más similar posible a la Población Diana de la guía institucional, que mida las Intervenciones que incluidas dentro del Objetivo General de aquella y que cuente con las mejores fuentes de evidencia. Puede ser necesario adaptar más de una Guía de Práctica Clínica debido a que las intervenciones en salud abarcadas por el Objetivo General de la Guía de Manejo usualmente serán múltiples; en ese caso debe escogerse una Guía de Práctica Clínica dirigida a cada intervención en salud. Se debe evidenciar éste proceso a través de Tablas de Evidencia.
15. Desarrollo del Contenido: Constituye el eje de la Guía de Manejo e incluye las Recomendaciones obtenidas acerca de cada uno de los tópicos comprendidos en el Objetivo General de la guía.
16. Descripción del Evento: Definición teórica del evento en salud al que se refiere la Guía.
17. Etiología: De acuerdo a la revisión bibliográfica, describir las causas que subyacen a la presentación del evento mórbido.
18. Cuadro Clínico: Descripción de los signos y síntomas característicos de la patología descrita.
19. Diagnóstico: Referencia de las Recomendaciones encontradas relacionadas con las pautas diagnósticas para la patología tratada en la guía, incluye datos clínicos y para clínicos. Cada Recomendación debe estar referenciada con el Grado de Evidencia correspondiente. Se deben incluir las Tablas de Clasificación del Nivel de Evidencia y el Grado de Recomendación usadas en la Guía de Práctica Clínica que se adaptó.
20. Tratamiento: Referencia de las Recomendaciones encontradas relacionadas con el tratamiento farmacológico y con las medidas no farmacológicas (Educación en salud o cambios en estilos de vida) que sean relevantes para el manejo de la patología que se está discutiendo en la guía. Cada Recomendación debe estar referenciada con el Grado de Evidencia correspondiente. Se deben incluir las Tablas de Clasificación del Nivel de Evidencia y el Grado de Recomendación usadas en la Guía de Práctica Clínica que se adaptó.
21. Costo Efectividad de La Conducta: Se debe tener en cuenta durante el proceso de selección de Guías de Práctica Clínica, que todas deben incluir una valoración de la costo efectividad de las recomendaciones generadas en ellas. Se debe escoger la Guía de Práctica Clínica que demuestre mayor costo efectividad.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

22. Evaluación del Conocimiento y Adherencia A Guías: Debe crearse una lista de chequeo para evaluar el conocimiento sobre los temas tratados en la guía y otra lista que permita medir la adherencia a la guía a través de la evaluación de Historias Clínicas.
23. Valoración de La Aplicabilidad
24. Evaluación Externa de la Guía: La guía debe ser evaluada por pares externos. La evaluación se debe centrar en la validez metodológica de su construcción, y en la utilidad que tienen las Recomendaciones incluidas en relación a la patología a la cual se dirige la guía. El contenido debe quedar expreso dentro del contenido de la guía.
25. Herramientas para la aplicación:
26. Flujograma: Se debe realizar un flujograma que resuma las principales Recomendaciones generadas por la guía, al respecto del Diagnóstico y Tratamiento de la patología en discusión. Se debe diseñar utilizando los símbolos institucionales.
27. Bibliografía (Ver 7.4.1.7 Bibliografía)
28. Anexos: Relacione los anexos que se requieran para conocimiento y fortalecimiento del programa, de no requerirse, referirse en este ítem la palabra “No aplica”, los cambios o actualizaciones de los anexos se controlarán en la tabla de control de documentos.
29. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
30. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
31. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
32. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

Para la construcción de las guías de manejo se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Construir la guía de manejo con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido de la guía, indicando el nombre del documento y código
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos
- ✓ El formato a emplear para documentar guías de manejo se identifica como estructura guías de manejo código: 02-01-FO-0006

7.4.2.7 PROTOCOLOS

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 1
2 ALCANCE 1
3 DEFINICIONES 2
4 NORMATIVIDAD RELACIONADA 2
5 DESARROLLO DEL PROTOCOLO 2
6 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROTOCOLO 2
7 BIBLIOGRAFIA 2
8 ANEXOS 2

La estructura de protocolos contiene los siguientes aspectos:

1. Encabezado (Contiene la información descrita en el ítem 7.4.1.1)
2. Objetivo: Propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción (Ar,er,ir)
3. Alcance: Describe de manera general los límites del documento, definiendo desde donde inicia su aplicación y hasta donde finaliza
4. Definiciones: Se enuncian las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento
5. Normatividad relacionada: Normas que regulan la operación del protocolo, se identifican con el tipo de norma (Ley, decreto, etc.), número de identificación y fecha de la aplicación de la norma
6. Desarrollo del protocolo: En este espacio se diligencia la información que se quiere transmitir en el documento, se hace uso de imágenes o tablas, según se requiera para dar un mejor entendimiento de la información. Si dentro de este contenido requiere referirse a otro documento tal como procedimiento, manual instructivo, etc., se refiere el nombre y código de identificación del mismo
7. Seguimiento y evaluación del protocolo: Registro de como se llevará a cabo el seguimiento y la evaluación al cumplimiento del objetivo para lo cual fue construido el documento. El seguimiento se realizará a nivel interno (Calidad y control interno), por autocontrol (Líder del proceso, referente de la Subred o un colaborador) y a nivel externo cualquier entidad que tenga interés en el desarrollo del documento.
8. Bibliografía (Ver 7.4.1.7 Bibliografía)
9. Anexos: Relacione los anexos que se requieran para conocimiento y fortalecimiento del programa, de no requerirse, referirse en este ítem la palabra “No aplica”, los cambios o actualizaciones de los anexos se controlarán en la tabla de control de documentos.
10. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
11. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
12. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
13. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

Para la construcción de los protocolos se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Construir el protocolo con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido en el protocolo, indicando el nombre del documento y código
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos
- ✓ El formato a emplear para documentar procedimientos se identifica como estructura Protocolo

7.4.2.8 PROCEDIMIENTOS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PROCEDIMIENTO	Versión:	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	
		Código:	

1. PROCESO:	2. SUBPROCESO:
3. OBJETIVO:	
4. ALCANCE:	

5. DEFINICIONES

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO ASOCIADO	TIPO (EVENTO, TAREA, DECISIÓN)	ACTIVIDAD SIGUIENTE	CONTROL

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)
Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y Apellidos:				
Cargo y/o actividad:				
Fecha :				

La plantilla para elaboración de procedimientos contendrá los siguientes aspectos los cuales serán diligenciados en su totalidad

1. Encabezado (Ver 7.4.1.1 Encabezado)
2. En la casilla en blanco se coloca el tipo de documento y el Nombre del mismo Ejemplo: Procedimiento control de documentos.....
3. En la casilla de versión: colocar el número de la versión del procedimiento; la versión inicial del documento empieza con el número 1, y esta cambia por cada ajuste aprobado que se le realice al mismo, el orden del número de las versiones es consecutivo (1, 2, 3 ...)

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

4. Fecha de aprobación: Colocar la fecha de aprobación del documento de la siguiente manera dd-mm-aaaa
5. Código: Colocar el código del documento conforme a la codificación aprobada en la Subred
6. Proceso: En este espacio se debe diligenciar el nombre del Proceso de donde se deriva la elaboración del procedimiento, para ello se deberá tener en cuenta el mapa de procesos avalado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE:
7. Subproceso: En este espacio se debe diligenciar el nombre del Subproceso de donde se deriva la elaboración del procedimiento, para ello se deberá tener en cuenta el mapa de procesos avalado por la Subred
8. Objetivo: Indique el propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción
9. Alcance: Describa de manera general los límites del documento, definiendo su inicio o fin, tome come referencia la primera y la última actividad descrita en el procedimiento
10. Definiciones: Se deben enunciar las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético.
11. Descripción de actividades:

6. DESCRIPCIÒN DE ACTIVIDADES								
N°	**ACTIVIDAD**	**DESCRIPCIÒN**	**TIEMPO**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO Y/O REGISTRO ASOCIADO**	**TIPO (EVENTO, TAREA, DECISIÓN)**	**ACTIVIDAD SIGUIENTE**	**CONTROL**

N°: Coloque el número de la actividad iniciando con el número 1

a. Actividad: Coloque el nombre de la actividad, como se debe definir una acción empiece con un verbo en infinitivo, ejemplo: Elaborar acta de traslado
b. Descripción: Detalle lo que se debe hacer en la actividad, en esta parte se responde a las preguntas ¿Cuándo?, ¿Por qué?, ¿Dónde? ¿Cómo? , en caso que se necesita referenciar otro documento tal como manuales, procedimiento, guía, instructivo se deberá referenciar el nombre del documento y el código asignado al mismo
c. Tiempo: Determina el tiempo que se demore en realizarse la actividad, para ello tenga en cuenta colocar la cantidad y la unidad de medida, ejemplo: 1 hora, 20 minutos, 15 días, etc. Podrá también establecer un tiempo máximo y un tiempo mínimo.
d. Responsable: Detalle el cargo o área encargada de la ejecución de la actividad.
e. Documento y/o registro asociado: Relacione el nombre del registro o formato que se genera o soporta la actividad y el código que lo identifica, si le aplica en caso de no generarse ningún registro dejar la casilla en blanco
f. Tipo: El tipo permite identificar si la actividad que se describe es un evento (Inicio o Fin únicamente), una tarea (Una acción que conlleva a una actividad siguiente) o una decisión (Allí se plantea una pregunta que generara dos posibilidades o dos nuevas actividades Ej.: ¿El documento tiene correcciones? Esta pregunta derivada dos respuestas; Si y No y cada una generara un flujo de actividades). Lo anterior permitirá construir el diagrama de flujo.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

g. Actividad siguiente: Coloque el número de la actividad que les sigue, lo anterior permitirá construir el diagrama de flujo.

h. Control: Se colocan los controles que se deben aplicar lo que evitara desviaciones de las actividades y de los resultados que se quieren alcanzar, con el objeto de asegurar que el procedimiento se realice correctamente es el ¿Cómo prevenirlo?, no todo las actividades requieren controles en caso de que no se requiera la casilla se deja en blanco.

Los puntos de control se definen en las actividades y tareas de los procedimientos con el propósito de definir acciones enfocadas a reducir el riesgo o riesgos determinados del procedimiento. Específicamente los puntos de control deben estar encaminados a:

- ✓ Proponer acciones que reduzcan la posibilidad de que un evento no deseado ocurra dentro del procedimiento.
- ✓ Establecer acciones que permitan volver a la normalidad un procedimiento en caso de que un evento no deseado ocurra.
- ✓ Dar claridad en la ejecución de una actividad o tarea.
- ✓ Controlar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente, en especial en los procesos misionales, con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos.
- ✓ Minimizar el impacto ambiental negativo, generado de las actividades del procedimiento.
- ✓ Definir criterios de operación, tal como formas de atender al usuario, comportamientos, cumplimiento de normas tanto internas como externas entre otros, que propendan por mejorar la prestación de los servicios.
- ✓ Controlar riesgos relacionados con la seguridad y salud ocupacional, que busquen minimizar la ocurrencia de accidentes o enfermedades laborales.
- ✓ Controlar riesgos relacionados con la seguridad de la información.
- ✓ Relacionar disposiciones de almacenamiento y archivo en conformidad con el sistema de gestión documental y archivo.
- ✓ Al establecer un punto de control en un procedimiento, es importante que se defina la viabilidad del mismo, es decir no todas las actividades de un procedimiento tienen que tener puntos de control, desde que se establezca un buen punto de control en una actividad o tarea clave, las actividades o tareas siguientes no necesitara

12. Tabla de control de cambios: En esta parte se describen los cambios realizados en cada versión del documento, lo anterior permite el control y trazabilidad del mismo; para ello deberá colocar por cada versión la fecha de aprobación de cada una formato (dd-mm-aaaa) y en la descripción detalle de manera simplificada las modificaciones realizadas

13. Registros asociados al documento: Relacione los registros que se generan en las actividades del procedimiento, identifíquelos con el nombre y código

14. Campo de aplicación del documento: Señale claramente en qué proceso(s) está indicada la utilización del presente manual, a qué equipo de trabajo va dirigido y la relación existente con otros documentos.

15. Información de la fecha de elaboración, revisión y aprobación y el nombre y cargo de las personas que realizaron estas actividades

Para la construcción de un procedimiento tenga en cuenta lo siguiente:

Los procedimientos representan el cómo de los procesos, en ellos se describe de forma secuencial y lógica las actividades y tareas de los diferentes procesos institucionales. Todos los procedimientos deben tener estas tres etapas

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

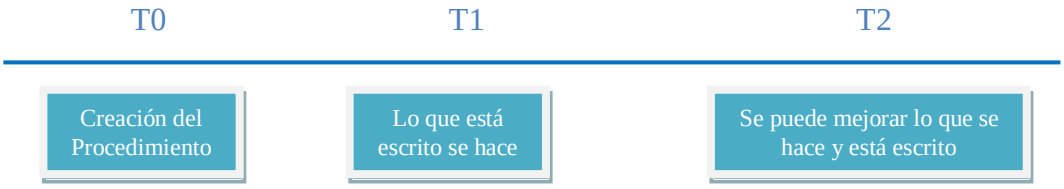
Diseño de procedimientos. Esta etapa corresponde al levantamiento inicial de un procedimiento institucional. Para la creación o diseño de un procedimiento se debe dar alguno de los siguientes casos:

- Cuando se crea o se le asigna una nueva función a la organización.
- Se introduce una nueva tecnología.
- Se divide el alcance de un proceso institucional.

El diseño de un procedimiento se da un período de tiempo t0, orienta o permite determinar qué actividades y tareas se deben realizar desde el inicio para la ejecución de este procedimiento, es cuando no existe nada sistematizado o estandarizado, es un punto de partida. En este paso se incluye la normalización del procedimiento.

Estandarización de procedimientos: Esta etapa inicia mediante la socialización por parte de los dueños de los procesos o líderes, se da en un periodo de tiempo t1, es decir cuando se ha puesto en marcha, y los servidores públicos, o dependencias a las que les aplica este procedimiento lo ejecutan de la forma que está escrita, y en caso de no ser así, se realizan los ajustes pertinentes.

Mejoramiento de procedimientos: Esta etapa se da en un periodo de tiempo t2, que permite evaluar los resultados de los diferentes procedimientos institucionales, en aspectos como tiempo, duplicidad, exceso de transportes, con el fin de realizar mejoras en el desempeño del procedimiento.



7.4.2.9 INSTRUCTIVOS

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INSTRUCTIVO XXX	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 2
2 DOCUMENTO RELACIONADO 2
3 DESARROLO DEL INSTRUCTIVO 2
3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PASOS DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR 2

No	Pasos a realizar	Quien lo debe hacer	Como lo debe hacer

La estructura de Instructivos contiene los siguientes aspectos:

1. Encabezado (Ver 7.4.1.1 Encabezado)
2. Objetivo: indica el propósito general del documento, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción
3. Documento relacionado: Menciona el nombre documento y el código del documento sin la versión, del cual se desprende el instructivo
4. Desarrollo de la Instructivo: Se define secuencialmente los pasos para llevar la actividad que se describe en el documento
5. Tabla de control de cambios (Ver 7.4.1.3 Tabla de control de cambios)
6. Registros asociados al documento (Ver 7.4.1.4 Registro asociados al documento)
7. Campo de aplicación del documento (Ver 7.4.1.5 Campo de aplicación del documento)
8. Aprobación del documento (Ver 7.1.4.6 Evidencia de la aprobación)

Para la construcción de Instructivos se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ Construir el instructivo con el personal o grupo interdisciplinario que tenga injerencia en el tema a explicar.
- ✓ Incluir y relacionar los documentos que complementan lo contenido del instructivo, indicando el nombre del documento y código
- ✓ Aplicar lo descrito en el procedimiento de control de documentos
- ✓ El instructivo debe dar una ampliación de cómo realizar una actividad operativa.
- ✓ El formato a emplear para documentar instructivos se identifica como estructura instructivos

7.4.2.10 FORMATOS

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Para la elaboración de formatos se tendrá en cuenta la estructura de formato compuesta por Encabezado (Descrito en el numeral 7.4.1.1) y pie de página (En donde se coloca la paginación del formato: Pagina xx de xx)

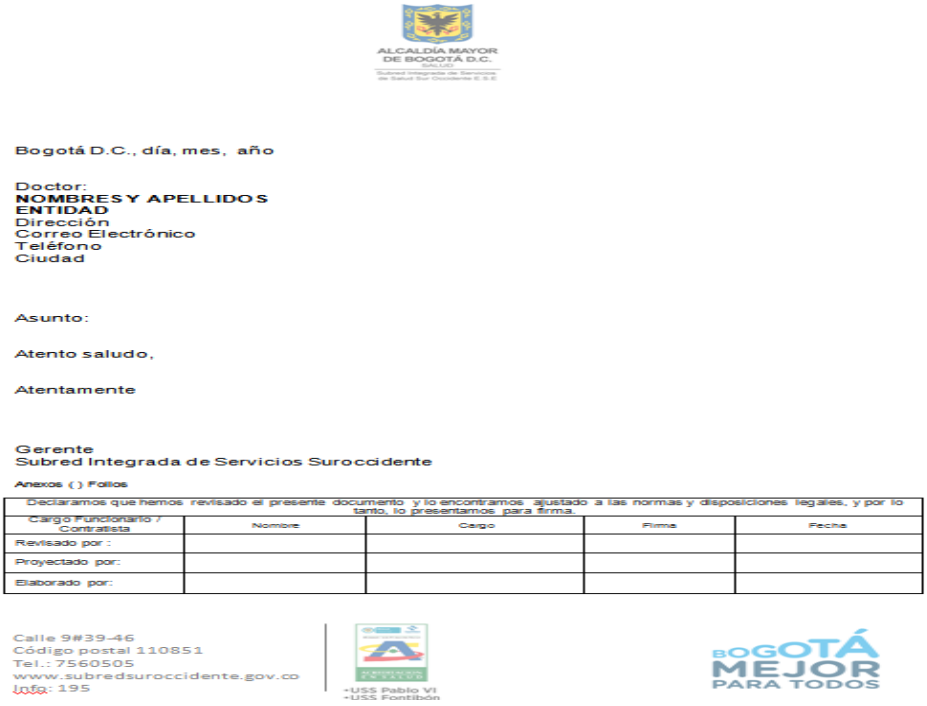
Los formatos deberán tener las indicaciones de diligenciamiento al final del formato de forma sencilla, el tamaño de la letra recomendado es Arial 9, sin embargo se tendrá en cuenta la presentación del formato o si por la comprensión del formato se hace necesario que las instrucciones se realicen en una hoja por separado

Los formatos que hacen parte de la Historia clínica, deberán ser aprobados y ajustados conforme a las decisiones del Comité de Historia Clínica.

La estructura de cualquier formato no se podrá alterar, cualquier cambio deberá ser notificado al administrador documental designado de la oficina de Calidad.

Para el control de registros se deberá aplicar lo descrito en el procedimiento de control de registros

COMUNICADOS OFICIALES



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., día, mes, año

Doctor:
NOMBRES Y APELLIDOS
ENTIDAD
Dirección
Correo Electrónico
Teléfono
Ciudad

Asunto:

Atento saludo,

Atentamente

Gerente
Subred Integrada de Servicios Suroccidente

Anexos ( ) Folios

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Revisado por :				
Proyectado por:				
Elaborado por:				

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Línea: 195

+USS Pablo VI
+USS Fontibón

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Se deberá aplicar el formato estructura comunicados oficiales para todas aquellas producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente.

7.4.2.11 ACTAS

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3-05-2018	
		Código:	02-01-F0-0001	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITE ___ REUNION ___ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA:	LUGAR:	HORA INICIO:
RESPONSABLE: (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL

OBJETIVO DE LA REUNION

ORDEN DEL DIA (TEMAS A TRATAR)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

Se deberá aplicar el formato de Estructura de Actas código: 02-01-FO-0001, este formato será aplicable tanto a reuniones de diversos temas como para las reuniones de comités, a estas última se le deberá llevar control del Número de acta.

El acta podrá ser diligenciada a mano o a computador, su manejo y archivo se realizara conforme a las tablas de retención documental del proceso donde se genere el acta

7.4.2.12 RESOLUCIÓN

Se deberá aplicar el formato Estructura Resolución:

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

I

RESOLUCIÓN No. DEL DE DE

"POR MEDIO DE LA CUAL.....

LA GERENTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

En uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las conferidas por el Acuerdo 641 de 2016 del Concejo de Bogotá D.C y el articulo 24 literal d) del Acuerdo 001 de 2016 expedido por la Junta Directiva, y

CONSIDERANDO

RESUELVE

NOTIFIQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

GERENTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Revisado por :				
Proyectado por:				
Elaborado por:				

7.4.2.13 LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Se deberá aplicar el formato Estructura asistencia a reuniones código: 02-01-FO-0002

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	18-04-2018	
		Código:	02-01-FO-0002	

Marque con una X según corresponde

Reunión de Subred ____ Reunión de Unidad Prestadora de Servicios ____ Reunión de Sede de una Unidad ____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

FECHA: (dd-mm-aaaa)	LUGAR:	HORA INICIO:
RESPONSABLE: (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL:
TEMA DE LA REUNION:		

N°	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NOMBRE	UNIDAD	PROCESO/AREA /SERVICIO	CARGO Y/O PERFIL	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						

7.4.2.14 PLANES DE TRABAJO

Se deberá aplicar el formato Estructura planes de trabajo código: 02-01-FO-0013

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE TRABAJO

Versión:	1	
Fecha de aprobación:	18/11/2016	
Codigo:	02-01-FO-0013	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OMBRE DEL PLAN DE TRABAJO :		OBJETIVO DEL PLAN:	
.CANCE:		FACTOR DE ÉXITO: *(Elemento clave que por encima de cualquier otro es determinante para asegurar el objetivo del plan).*	
ROCESO AL QUE PERTENECE EL PLAN	SERVICIO/ AREA /UNIDAD DE LA RED DE DONDE SE ORIGINA EL PLAN		
CHA DE INICIO DE EJECUCION DEL PLAN DE TRABAJO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE EJECUCION DEL PLAN DE TRABAJO		

																		SEGUIMIENTO					
																		Nombre del Responsable de seguimiento al plan (Nombre/ cargo/servicio-área al que pertenece)					
			CRONOGRAMA															Periocidad del Seguimiento					
					Año:													ESTADO DE CUMPLIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESPONSABLE (Nombre y Cargo)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene	Feb	PRODUCTO - EVIDENCIA	Fecha de seguimiento: (ddd/mm/aa)	Fecha de seguimiento: (ddd/mm/aa)	Fecha de seguimiento: (ddd/mm/aa)	Fecha de seguimiento: (ddd/mm/aa)	Fecha de seguimiento: (ddd/mm/aa)	OBSERVACIONES DEL SEGUIMIENTO (Descripción de las evidencias del seguimiento y aclaraciones)

Página 1

N° total de actividades :
0

CONSOLIDADO DE ESTADO DE ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL PLAN DE TRABAJO					
ACCIONES COMPLETAS	0	0	0	0	0
ACCIONES EN DESARROLLO	0	0	0	0	0
ACCIONES ATRASADAS	0	0	0	0	0
ACCIONES NO INICIADAS	0	0	0	0	0

Indicadores relacionados al plan de trabajo						
Indicador	Meta	Seg 1	Seg 2	Seg 3	Seg x	Seg x

INDICADOR DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO					
ESTADO	SEG 1	SEG 2	SEG 3	SEG 4	SEG 5
COMPLETO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
EN DESARROLLO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
ATRASADO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
NO INICIADO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

Elaboración		
Nombre	Cargo	Firma
Aprobación		
Nombre	Cargo	Firma

Observaciones generales del plan:

7.4.2.15 PLANOS

El manejo de los planos institucionales que hagan parte de los diferentes procesos así como planos record de proyectos de obra que se ejecuten tienen el carácter de documentos soporte para los procesos para lo cual debe ser sometido a la codificación, los documentos deben ser revisados por el profesional idóneo con conocimientos técnicos en la revisión del contenido del plano y deberán estar firmados la elaboración, la revisión y la aprobación con la respectiva fecha.
Para su cargue en el sistema el plano se deberá remitir en formato PDF,

El encabezado de los planos deberá contener los siguientes espacios:

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
PROCESO:
CÓDIGO:
VERSIÓN:
NOMBRE:
FECHA DE APROBACIÓN:
PLANO N° XX DE XX
ESCALA:
CONVENCIONES:
Elaborado por: Firma
Revisado por: Firma
Aprobado por: Firma

7.4.2.16 DOCUMENTACION INFORMATIVA

La documentación informativa se entiende, como el apoyo a la realización del trabajo habitual de los colaboradores, este tipo de documentalista reúne las siguientes características:

- Es un documento que no requiere codificación debido a que esta encostastes cambios, por tanto, no produce versión.
- No cumple con las caracterizas definidas por la subred para incorporarlo al listado maestro de documentos.

7.5 APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Los documentos se darán como aprobados cuando estos finalicen su etapa de revisión dentro del aplicativo Almera.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

En el historial del documento se evidenciara el registro de los vistos buenos que se dieron para su aprobación y los usuarios que intervinieron en la creación de la solicitud para la elaboración, actualización, revisión o anulación del documento; visto bueno de la solicitud, aprobación de la solicitud y la aprobación definitiva de la solicitud.

Para lo anterior se tendrá en cuanta lo siguiente:

- ✓ **La creación de una solicitud**: Este paso le corresponde realizarlo a líder de cada proceso el cual remitirá la solicitud al referente documental de la oficina de Calidad teniendo en cuenta que para hacer esta solicitud el documento ya debe haber sido concertado con el personal involucrados en la aplicación del documento y por los jefes de oficina o subgerentes si corresponde; la solicitud de la revisión queda registrada en el historial del documento.
- ✓ **Visto bueno de la solicitud**: Le corresponde al referente documental de la oficina de Calidad dar el visto bueno a la solicitud de elaboración, actualización, revisión o anulación del documento, esta contestación consisten en informar si es viable o no iniciar la gestión solicitada con relación al documento y notificarlo al solicitante.
- ✓ **Aprobación de la solicitud:** Le corresponde al referente documental de la oficina de Calidad dar el visto de la aprobación de la solicitud, la cual se dará cuando se revise el documento por el referente y se hayan realizado los ajustes al mismo por parte del solicitante, dando el visto bueno, el referente procederá al notificar en el aplicativo al usuario que le corresponde dar la aprobación definitiva de la solicitud.
- ✓ **Aprobación definitiva de la solicitud**: Este paso corresponde a la aprobación del documento para que este ya pueda ser consultado y registrado como documento vigente del Sistema Integrado de gestión, el usuario que da el visto bueno para la aprobación definitiva de la solicitud esta designado el Líder de calidad de la Subred

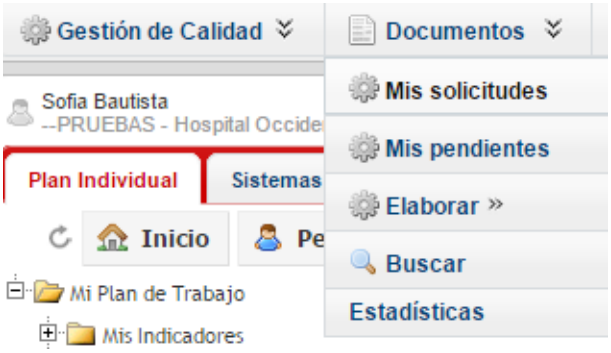
Al revisar un documento se tendrá en cuenta las siguientes pautas:

- ✓ Verificar que el documento este elaborado en los formatos institucionales establecidos.
- ✓ Revisar la pertinencia del objetivo y alcance del documento.
- ✓ Constatar que las normas y documentos de referencia relacionados correspondan a las últimas ediciones y sean los requeridos para el desarrollo del procedimiento.
- ✓ Verificar la suficiencia, pertinencia y secuencia de las actividades establecidas
- ✓ Revisar que la descripción de las actividades sea amplia y suficiente para los ejecutores.

Se podrá consultar el estado que cursa la gestión solicitada del documento en el historial del documento o dar clic en la pestaña de Documentos y desplegar mis solicitudes

Imagen 3. Pantallazo Almera Consulta de solicitudes

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."



Fuente: Oficina de calidad Subred Suroccidente

Los usuarios del aplicativo son parametrizados de acuerdo a la rol que desempeña en la institución y a su vez para garantizar su uso le son designadas contraseñas para su manejo, cada usuario es responsable de su manejo.

Dada la Trazabilidad de los documentos que se puede realizar en el aplicativo en relación a la identificación y visto bueno de los usuarios que intervienen en la elaboración, revisión y aprobación de los mismos, se elimina el uso de las firmas para dar por aprobado un documento.

7.6 BUENAS PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN

Las buenas prácticas de documentación son un conjunto de lineamientos y actividades relacionadas entre sí, destinadas a asegura que los registros y documentos tengan: Claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad

Para lo anterior se tiene establecidos los siguientes aspectos en relación a las Buenas prácticas de documentación:

- ✓ Un documento de calidad debe ser legible, estético, claro y pulcro, de modo que facilite la revisión, aprobación y lectura del mismo para todos los servidores públicos (as) independientemente de su nivel profesional.
- ✓ La información utilizada debe ser lo más completa posible, teniendo en cuenta que su exactitud y precisión sea para todos los servidores públicos (as) indicados y competentes.
- ✓ Los documentos deben ser breves, sin omitir detalles o información importante.
- ✓ Al elaborar documentos tenga en cuenta utilizar el tipo de letra ARIAL tamaño 11, en el caso de elaboración de cuadros o tablas el tamaño estará de acorde a las necesidades del usuario.
- ✓ Se debe utilizar adecuadamente los espacios entre líneas, márgenes, forma de presentación del documento, numeración, subnumeración de títulos, bibliografía, pie de página, entre otras.
- ✓ Todos los documentos del SIG debe redactarse en tercera persona.
- ✓ Los documentos no deben presentar tachones ni enmendaduras, no se permite el uso de corrector
- ✓ Todo documento debe ser comprensible por cualquier persona de la organización evitando en lo posible el uso de términos en otro idioma o abreviaturas y en caso de

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

emplearlas palabras técnicas o muy especializadas, se recomienda definirlas o explicarlas, se debe emplear el mismo término para un mismo concepto.

- ✓ Siempre que sea aplicable, es recomendable incluir tabla o ilustraciones y esas se deben enumerar y relacionarse en el párrafo donde se menciona.
- ✓ Cuando se utilice abreviaturas en algunas palabras siempre se deben colocar las convenciones de dichas palabras; Ejemplo: NC: No Conforme, la anterior aclaración se puede realizar una sola vez al iniciar el documento
- ✓ El documento se puede soportar en papel y/o medio magnético.
- ✓ No modificar la estructura de formatos, procedimientos, guías entre otros que conformen la estructura documental adoptada por la institución.

Los registros son fuente de evidencia objetiva acerca del funcionamiento de los procesos, por lo cual se debe asegurar la permanente legibilidad, corrección de datos erróneos, legibilidad, permanencia, exactitud y puntualidad de los mismos, para lo cual se establecen los siguientes lineamientos:

- ✓ Los registros deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, sin dejar espacios en blanco, sin anotaciones, realces, dobleces, entre otras; que no permitan o dificultan la lectura de la información contenida.
- ✓ Si los registros son diligenciados a mano, únicamente se deberá utilizar una tinta color negro
- ✓ En caso de necesitar corregir algún dato al momento de su diligenciamiento y si lo que se necesita corregir representa un riesgo para el entendimiento o validación del registro, este deberá ser nuevamente diligenciado cambiando los datos que generaron la corrección, si se presentan correcciones pequeñas como el cambio por ortografía de una palabra este deberá encerrarse entre paréntesis y al lado escribir la palabra correcta.
- ✓ Está prohibido hacer cualquier tipo de anotaciones, enmendaduras, tachaduras, resaltados, que pudieran modificar, confundir o dificultar su lectura.
- ✓ Para el diligenciamiento de la Historia clínica y sus correspondiente soportes se aplicara lo normado en relación al manejo de Historias clínicas que apruebe la institución
- ✓ Los registros deberán ser diligenciados en el tiempo real que se requiera dejar soporte de la evidencia a plasmar, es decir en el momento en que se realice la actividad, no hace parte de las buenas prácticas de la documentación diligenciarlos fuera del tiempo establecido para llenar los registros.
- ✓ No se debe hacer correcciones rayando o sobre escribiendo los datos
- ✓ No se puede hacer correcciones de registros que haya hecho otra persona.
- ✓ No se pueden usar comillas (“) para indicar datos repetitivos

8. BIBLIOGRAFÍA

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Acuerdo No. 060 de 2001. Establece pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas. Acuerdos.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. NTCGP 1000:2009. Sistema de Gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de servicio.

ICONTEC. Norma Técnica Colombia 1486 versión 2012

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Guia para la elaboración y control de documentos del SIGEPRE, Bogotá D.C., Julio 2017.

PORTO, Julián Pérez y Merino María. Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Definicion.de: Definición de plan de trabajo **(**https://definicion.de/plan-de-trabajo/

OPS. Evaluación para el planeamiento de programas de educación en salud. Serie PALTEX No 18, Kroeger Alex. Atención primaria en salud OPS 1989

SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las entidades y organismos distritales NTD-SIG 001:2011

9. ANEXOS

- 02-01-FO-0001 Acta
- 02-01-FO-0002 Listado asistencia a reuniones
- 02-01-FO-0003 Estructura Manual
- 02-01-FO-0004 Estructura de Programa
- 02-01-FO-0005 Estructura de plan
- 02-01-FO-0006 Estructura Guía de Práctica Clínica
- 02-01-FO-0007 Estructura de Guía
- 02-01-FO-0008 Estructura de Protocolo
- 02-01-FO-0009 Estructura de Procedimiento
- 02-01-FO-0010 Estructura de Instructivo
- 02-01-FO-0011 Estructura de Formatos
- 02-01-FO-0012 Ficha Técnica Política Gerencial
- 02-01-FO-0013 Plan de trabajo
- 02-01-FO-0014 Formato de asesoría
- 02-01-FO-0015 Formato implementación institucional guías de práctica clínica
- 02-01-FO-0016 Estructura Caracterización de procesos
- 02-01-FO-0017 Formato solicitud de eliminación de un documento

10. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL MANUAL

Seguimiento	Responsable	Mecanismos de seguimiento	Periodicidad
Autocontrol	Oficina Calidad	Seguimiento a la actualización documental	De acuerdo a programación
Auditoría interna	Control Interno	Auditoria	De acuerdo a programación
El presente documento está sujeto a verificaciones externas			

Indicadores
Adherencia a la aplicación del Manual de elaboración de documentos

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS		
No	**FECHA**	**CAMBIO**
1	16-01-2017	Emisión del manual
2	26-06-2018	1. Actualización de la Tabla de contenido 2. Inclusión del punto 5. MARCO LEGAL 3. Dentro de las definiciones se agregaron definiciones para: Acuerdo de junta directiva, caracterización de proceso, Control, documento interno, guía de manejo, guía de práctica clínica, plan, política, programa, protocolo 4. Actualización de la Imagen 1 Estructura Documental Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. 5. De la Tabla 1 Descripción de la estructura documental de la Estructura Documental Subred Sur Occidente ESE: a. De la definición de caracterización de proceso, se quitó la parte "No se emplea para este un formato para su estructura, esta se encuentra configurada en el aplicativo Almera" ya que ahora se cuenta con el formato de estructura de caracterización de proceso. b. Actualización de la definición de Guía de práctica clínica. 6. En el 7.2 CONTROL DE DOCUMENTOS se actualizaron los códigos de los documentos así: Procedimiento de control de documentos 02-01-PR-0001 y Procedimiento de control de registros 12-01-PR-0004. 7. Se agregó el punto 7.2.2 ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS 8. Se actualizó la descripción del 7.2.3 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS, describiendo la forma actual de encontrar el Listado maestro de documentos. 9. En el punto 7.2.7 CONTROL DE DOCUMENTO EXTERNOS, se actualiza la descripción del mismo. 10. En el punto 7.2.8.1 Proceso y subproceso al que pertenece que hizo la actualización de la tabla que contiene los Procesos y subprocesos, así como se respectiva codificación. 11. En el punto 7.2.8.5 Se amplía la descripción del ejemplo de codificación de documento. 12. En el punto 7.4.1.1 dentro de la tabla que describe los componentes del encabezado se cambian los ejemplos en cuanto a Tipología de documento. 13. Se agregó el punto 7.5.3 CARACTERIZACIÓN DE PROCESO 14. Se agregó el listado de anexos pertinente en el ítem 9. ANEXOS 15. Se agrego punto referente a la documentación informativa
3	07/05/2019	1. Se agrego las definiciones de Plan de acción, Plan de mejora, Plan operativo anual, Plan trabajo. 2. Se elimino la definición de guía de manejo. 3. Se actualizo la definición de plan e instructivo 4. Se actualizo la definición de plan e instructivo Tabla 1 Descripción de la estructura documental de la Estructura Documental Subred Sur Occidente ESE 5. Se actualizo el numeral 7.2.4 Disponibilidad de documentos 6. Se realizo del proceso Direccionamiento estratégico y desarrollo

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

		institucional la eliminación de los subprocesos 05 - Subgerencia de prestación de servicios de salud, 06 - Subgerencia corporativa, numeral 7.2.8.1 procesos y subprocesos al que pertenece. 7. Se realizo aclaración del nombre del subproceso Direccionamiento administrativa por gestión del ambiente físico, 7.2.8.1 procesos y subprocesos al que pertenece. 8. Del proceso Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo se realizo cambio de nombre del subproceso PAMEC y auditoria por Auditoria de mejora continua. 9. Se actualizo el numeral 7.3 revisión de documentos. 10. Se realizó actualización del numeral 8. Bibliografía. 11. Se eliminó el número 7.2.5 Control de cambios debido a que esta información está contenida en el numeral 7.2.1 Modificación y elaboración (Numeral actualizado) 12. Reorganización de numerales de acuerdo a cambios hechos. Emisión de versión 3 del manual.

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

- 02-01-FO-0001 Acta
- 02-01-FO-0002 Listado asistencia a reuniones
- 02-01-FO-0003 Estructura Manual
- 02-01-FO-0004 Estructura de Programa
- 02-01-FO-0005 Estructura de plan
- 02-01-FO-0006 Estructura Guía de Práctica Clínica
- 02-01-FO-0007 Estructura de Guía
- 02-01-FO-0008 Estructura de Protocolo
- 02-01-FO-0009 Estructura de Procedimiento
- 02-01-FO-0010 Estructura de Instructivo
- 02-01-FO-0011 Estructura de Formatos
- 02-01-FO-0012 Ficha Técnica Política Gerencial
- 02-01-FO-0013 Plan de trabajo
- 02-01-FO-0014 Formato de asesoría
- 02-01-FO-0015 Formato implementación institucional guías de práctica clínica
- 02-01-FO-0016 Estructura Caracterización de procesos
- 02-01-FO-0017 Formato solicitud de eliminación de un documento

CAMPO DE APLICACIÒN

Proceso donde se aplica: El documento es de aplicación a todos los procesos definidos en el mapa de procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
Equipo de trabajo a quien está dirigido: Líderes de procesos y servidores públicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Documentos relacionados: Procedimiento control de documentos 02-01-PR-0001

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)
Disposición final: Archivo central

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

	ELABORÒ	**REVISÒ**	**AVAL DE CALIDAD**	**APROBÒ**
Nombre y Apellidos:	Sharon Elizabeth Caro Monroy	Jaime Chararí	Eliana Ivont Hurtado	Victoria Eugenia Martínez Puello
Cargo y/o actividad:	Profesional universitario II - Calidad	Líder control de la producción de documentos	Jefe oficina de calidad	Gerente
Fecha :	Mayo 6 de 2019	Mayo 6 de 2019	Mayo 7 de 2019	Mayo 7 de 2019

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."