

1. MACROPROCESO:	Estratégico
2. OBJETIVO:	Asesorar y coordinar la planificación, ejecución, desarrollo, mantenimiento, seguimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión y sus diferentes componentes a través del acompañamiento y operativización de estrategias que fortalezcan el mejoramiento continuo de los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. que contribuyan a la satisfacción de las partes interesadas
3. RESPONSABLE:	Líder proceso Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo
4. ALCANCE:	Desde la identificación y análisis de las necesidades y expectativas de los procesos y partes interesadas para planear, ejecutar, desarrollar y mantener el Sistema Integrado de Gestión, hasta el seguimiento y cierre de ciclos de mejoramiento de cada vigencia.
5. INDICADORES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención e Salud 2. Porcentaje de Cumplimiento Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes, Sub Red Sur Occidente ESE 3. Porcentaje de Cumplimiento de la Evaluación de aplicación de guía de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE 4. Porcentaje de Cumplimiento de la Evaluación de aplicación de guía para la prevención de fuga de pacientes hospitalizados en la Sub Red Sur Occidente ESE 5. Porcentaje de cumplimiento de la Evaluación de aplicación de guías para prevención del suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios) 6. Cobertura de socialización de lineamientos de uso y funcionalidad de ALMERA (colaboradores nuevos) Sub Red Sur Occidente ESE 7. Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior Sub Red Sur Occidente ESE 8. Porcentaje de Monitoreo de los planes de mejora registrados en ALMERA Subred Sur Occidente ESE 9. Cobertura de capacitación en la Política de Seguridad del paciente a los colaboradores administrativos priorizados de la Subred Sur occidente 10. Cobertura de Capacitación en la Política de Seguridad del paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Suroccidente ESE 11. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos Subred Suroccidente 12. Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en la Sub Red Sur occidente ESE 13. Porcentaje de cumplimiento plan de Trabajo de autoevaluación SUH 14. Porcentaje de Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalaria o de morbilidad atendida (Salud Mental Subred Sur Occidente ESE) 15. Porcentaje de cumplimiento plan de adecuación de MIPG Subred Sur Occidente ESE 16. Porcentaje de cumplimiento a la Adherencia a la metodología de riesgos Sub Red Sur Occidente ESE 17. Porcentaje de disminución de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia Sub Red Sur Occidente ESE
6. SUBPROCESOS O SERVICIOS:	Control de la producción de documentos Gestión Clínica Excelente y Segura Sistema único de acreditación Humanización del Servicio Sistema único de habilitación Auditoría de mejora continua
7. SOPORTES NORMATIVOS	


Normograma Institucional Código 15-00-F0-0010 V4

8. DEFINICIONES

- Competencia laboral: se entiende como la capacidad de una persona para desempeñar, en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad y resultados esperados en el sector público, las funciones inherentes a un empleo. tal capacidad está determinada por los conocimientos, destrezas, habilidades, valores, actitudes y aptitudes que debe poseer y demostrar el empleado público.
- Coherencia institucional: se concibe como la alineación de todos los elementos estratégicos de las entidades y organismos distritales con el propósito de lograr una administración armónica.
- Controles operaciones: entiéndase como el conjunto de acciones y actividades, que son implementados en la operación de la entidad y organismo distritales y que tiene como finalidad, asegurar la conformidad de la gestión, para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Compromiso de la alta dirección: es la forma en que se constata y se evidencia que el representante legal de la entidad y los niveles directivo y asesor se han convertido con sus acciones en agentes de transformación positiva institucional.
- Corto plazo: corresponde al periodo que en la administración distrital se entiende menor a un año.
- desarrollo sostenible: se considera como tal al que asegura las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para enfrentarse a sus propias necesidades
- Enfoque: se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito que le es propio.
- Gestión ciudadana: es el ejercicio del derecho a la participación mediante procesos de gestión que posibilitan la intervención autónoma de los ciudadanos y las ciudadanas en las fases de toma de decisiones administrativas. su incidencia es favorable en las entidades y organizaciones distritales para la construcción de lo público.
- Implementación: se refiere a la aplicación del enfoque, su alcance y extensión.
- Largo plazo: corresponde al periodo que en la administración distrital se entiende mayor a cuatro años.
- Manual del Sistema Integrado de Gestión. Documento que especifica el sistema integrado de gestión de una organización

9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

N°	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
1	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas	Plan de Desarrollo Distrital, Plataforma estratégica interna, normatividad vigente, Plan Operativo Anual Institucional (POAI)	Formular los planes, políticas, programas y/o herramientas de control y gestión propias del proceso (P)	Plan operativo anual del proceso Mapa de riesgos Indicadores del proceso Políticas operacionales	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas
2	Entes de control internas y externas, entes reguladores	Normatividad vigente	Identificar los requisitos normativos aplicables al proceso (P)	Normograma del proceso	Todos los procesos, entes de control

		CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO		Versión:	2	
				Fecha de aprobación:	28/11/2019	
				Código:	02-00-OD-0001	
3	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional	Plan Operativo aprobado para la vigencia.	Ejecutar Plan operativo del proceso (H)	Plan operativo Ejecutado	Todos los procesos	
4	Proceso Participación social atención al Ciudadano , entes de entidades internas y externas.	Quejas, reclamos y/o solicitudes	Responder quejas, reclamos y/o solicitudes de la información en donde el proceso tiene relación directa (H)	Gestión de las quejas , reclamos y/ solicitudes de información del proceso	Proceso Participación Social y Atención al ciudadano , entes de control y entidades externas , usuarios, comunidad	
5	Ministerio de salud y la protección social, Secretaría Distrital de Salud, entes reguladores.	Normatividad vigente y lineamientos	Realizar autoevaluación de Habilitación y/o Acreditación de los procesos (H)	Informes de autoevaluación de habilitación y/o acreditación de todos los proceso y Planes de Mejora	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas, todos los procesos.	
8	Todos los Procesos	Solicitudes de Normalización de Documentos del Sistema Integrado de Gestión.	Normalización de Documentos y publicación en el Sistema ALMERA (H)	Documentos Normalizados en versión vigente en ALMERA	Todos los procesos	
9	Todos los Procesos, Entes de Control, Entes Externos (EAPB)	Reportes sucesos de seguridad	Análisis, clasificación e intervención para la mejora (H)	Reportes gestionados y planes de mejoramiento	Todos los Procesos, Entes de Control, Entes Externos (EAPB)	
10	Todos los Procesos	Identificación de necesidad de clientes internos y externos	Gestión a través del programa de Humanización (H)	Intervenciones en línea con el colaborador, en línea con el usuario e intervenciones generales para la Subred Sur Occidente.	Todos los Procesos	
11	Todos los procesos	Identificación de aspectos susceptibles de seguimiento a través de auditoria	Planificación, ejecución y entrega de resultados de las auditorías (PAMEC) (H)	Informes de auditoria desarrolladas por cada proceso	Todos los procesos	
6	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, entidades externas e internas	Reporte de indicadores del proceso	Monitorear los resultados de los indicadores del proceso (V)	Resultados de indicadores del proceso	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas, todos los procesos.	
7	Entes internos y externos Todos los proceso	Resultados de indicadores de gestión, informes de auditorías internas y externas, informes de gestión, ejecución de planes.	Tomar acciones correctiva y preventiva frente a los resultados de la gestión del proceso formular las acciones o planes de mejoramiento según resultados de la gestión del proceso (A)	Acciones de mejora o planes de mejoramiento del proceso	Todos los procesos, entes de control	
10. RIESGOS Y CONTROLES						
RIESGOS			CONTROLES			
1. Materialización (INCREMENTO) de EVENTOS ADVERSOS del paciente.			Cumplimiento al Programa de humanización Comité de Seguridad del paciente			
2. Insatisfacción de los usuarios por percepción de prestación de servicios de salud deshumanizados en los pacientes, familia y/o comunidad.			Cumplimiento al Programa de humanización			
3. Afectación del logro de los objetivos de la organización por Inadecuada implementación del Modelo de mejoramiento institucional			Equipos de mejoramiento institucional (primarias, tácticas y estratégicas).			
TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS						
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO				
1						
2	17/09/2019	Actualización de alcance y actividades del proceso				
REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO						
Plan operativo Normograma Matriz de riesgos Planes de Mejoramiento						
CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO						
Todos los procesos de la Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E.						

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



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

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
GESTIÓN DE LA CALIDAD Y
MEJORAMIENTO CONTINUO**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	28/11/2019
Código:	02-00-OD-0001



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y apellidos:	Paula Marcela Sánchez Herrera	Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda	Rosa Nohemí Mora Díaz	Victoria Eugenia Martínez Puello
Cargo y/o actividad:	Profesional Especialista	Jefe Oficina de Calidad	Profesional especializada	Gerente
Fecha :	17/09/2019	28/11/2019	28/11/2019	28/11/2019



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

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
GESTIÓN DE LA CALIDAD Y
MEJORAMIENTO CONTINUO**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	28/11/2019
Código:	02-00-OD-0001



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

|

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Logo Subred	Indique el nombre completo del proceso. Ej. Caracterización de proceso Gestión del riesgo.	Indique la versión del documento. La fecha de aprobación y el código será diligenciado por el área de calidad.	Escudo de Bogotá
----------------	--	--	------------------

1. 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:	Indique el propósito general del proceso, 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.
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:	Describa de manera general los límites del proceso, definiendo su inicio o fin, tome como referencia la primera y la última actividad descrita en el proceso.
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

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.

10. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Nº	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	PHVA	SALIDA	CLIENTE
	Registrar el 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.	Insumo proporcionado por los proveedores. Las entradas pueden ser, información de tipo legal, documentos o necesidades.	Registrar 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.	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.	Detallar los productos (Documentos o registros) que se generan al ejecutar la actividad. Ejemplo: Plan Estratégico aprobado.	Registrar el nombre de un proceso, cargo o rol, o entidades externas que reciben la salida generada de la ejecución de la actividad.

11. RIESGOS Y CONTROLES

RIESGOS	CONTROLES
Indique los riesgos asociados al proces. (Referencia en Desarrollo Institucional)	Asocie el control correspondiente al riesgo definido.

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
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 realizada.		

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

Relacione el nombre del registro o formato que se genera o soporta la actividad y el código que lo identifica, si se aplica en caso de no generarse ningún registro dejar la casilla en blanco

CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Señale claramente en dónde, dentro de la Subred, está indicada la utilización del presente proceso, a qué equipo de trabajo va dirigido y la relación existente con otros documentos.

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:	Nombre del colaborador que elabora el documento	Nombre del director o líder del proceso	Nombre del profesional de calidad designado para hacer revisión el document tanto de fondo como de	Nombre de la Gerentede la Subred
Cargo y/o actividad:	Cargo del colaborador o líder.	Director, jefe de oficina o líder.	Profesional de apoyo del área de calidad	Gerente
Fecha :	Fecha en que se elaboró el documento.	Fecha en que se revisó por parte de la dirección el documento.	Fecha de aprobación y publicación del documento	Fecha de aprobación y publicación del documento