

MAPA DE PROCESOS

PROCESOS ESTRATEGICOS

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

GESTION INTEGRAL DE LA CALIDAD

GESTION DE ATENCION AL USUARIO

PROCESOS MISIONALES

GESTION ASISTENCIAL DE SERVICIOS DE SALUD

URGENCIAS

HOSPITALIZACION

SALA DE PARTOS

CONSULTA EXTERNA GENERAL

VACUNACION

TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

LABORATORIO CLINICO

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FARMACIA

PROCESOS DE APOYO

GESTION DEL TALENTO HUMANO

GESTION DE INFORMACION

GESTION FINANCIERA

GESTION JURIDICA Y CONTRATACION

GESTION DE RECURSOS FISICOS Y MANTENIMIENTO

GESTION DE SISTEMAS Y TECNOLOGIA

GESTION AMBIENTAL

PROCESOS DE EVALUACION

GESTION DE EVALUACION Y CONTROL

CONTROL INTERNO

AUDITORIA CONCURRENTE

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE, EL USUARIO Y SU FAMILIA.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, EL USUARIO Y SU FAMILIA

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	GESTION ASISTENCIAL DE SERVICIOS DE SALUD
Objetivo:	Garantizar la prestación de servicios de salud ambulatorios con calidad, eficiencia y oportunidad, enfocándose en la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los estándares normativos vigentes, promoviendo el bienestar integral de los pacientes.
Alcance:	Este proceso abarca la atención de pacientes en consultas ambulatorias desde la programación de citas, la recepción y registro del usuario, la prestación del servicio, hasta la entrega de resultados o remisión a otros niveles de atención. Aplica a todos los servicios ofrecidos por el hospital.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con la normativa vigente, incluyendo la Resolución 3100 de 2019 y la Ley 1438 de 2011. • Asegurar la atención centrada en el usuario, respetando sus derechos y deberes. • Garantizar el acceso oportuno a los servicios ambulatorios, con prioridad para pacientes en condiciones críticas. • Promover la mejora continua en los procesos de atención ambulatoria.
Responsable del proceso:	Coordinador de Servicios Ambulatorios del Hospital San Agustín de Fonseca..

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Área de Servicios Ambulatorios	Coordinador de Servicios
	Recepción , Admisiones y facturación	Auxiliar Administrativo
	Personal asistencial y administrativos	Médicos y enfermeras, personal administrativo
	SIAU	Profesional SIAU- auxiliares asignación de citas
	Coordinación Asistencial	Coordinador asistencial
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA Insumo	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo					Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Procesos institucionales. Registros médicos, protocolos de atención, manuales operativos.	Normatividad nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, guías de práctica clínica. requerimientos de EPS y entes externos de	<ul style="list-style-type: none"> • Registros médicos de pacientes. • Protocolos y guías de atención ambulatoria. • Manuales operativos. 	P	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar el cronograma y agenda para atención ambulatoria. • Planificar los servicios ambulatorios según los términos de 	Coordinador de Servicios Ambulatorios del Hospital San Agustín de Fonseca..	<ul style="list-style-type: none"> • Cronograma y agenda de atención ambulatoria. • Plan de servicios ambulatorios alineado con los 	Personal administrativo y asistencial del hospital.	Usuarios del servicio de salud, EPS, entes de control.

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
	vigilancia y control.	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda y sistema de citas. • Recursos humanos disponibles. • Equipos e insumos médicos. • Normatividad vigente. • Indicadores de calidad y satisfacción. • Requisitos específicos de EPS. • Comentarios de usuarios. • Guías de Práctica Clínica GPC • Requerimientos de Entes de Control. 		<ul style="list-style-type: none"> • contratación con las EPS. • Establecer metas de atención basadas en acuerdos con las EPS y la demanda proyectada. • Asignar recursos humanos, tecnológicos y físicos según la planificación y metas definidas. • Definir el cronograma de capacitaciones para el personal en protocolos de atención y guías clínicas. • Elaborar indicadores de desempeño, calidad y cumplimiento normativo para el monitoreo del proceso. 		<ul style="list-style-type: none"> • términos de contratación con las EPS. • Metas de atención documentadas y aprobadas. • Asignación de recursos humanos, tecnológicos y físicos registrados. • Cronograma de capacitaciones definido. • Indicadores de desempeño y calidad establecidos. • Registros de recepción y atención de pacientes. • Servicios ambulatorios prestados según protocolos y estándares. • Documentación de resultados de 		

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
			H	<ul style="list-style-type: none"> Recepción y registro de pacientes en el sistema de citas. Realizar la atención ambulatoria según los protocolos establecidos. Orientar a los pacientes sobre su tratamiento, próximos pasos y cuidado en el hogar. Gestionar resultados de exámenes médicos y trámites administrativos asociados. Ejecutar capacitaciones programadas para el personal asistencial y administrativo. Implementar estrategias de comunicación para garantizar que los pacientes 		<ul style="list-style-type: none"> solicitudes y trámites administrativos realizados. Reportes de las capacitaciones ejecutadas. Registros de orientación y educación al paciente. Evidencia de estrategias de comunicación implementadas. Informes de indicadores de calidad y desempeño evaluados. Encuestas de satisfacción del usuario analizadas. Resultados de auditorías internas y cumplimiento de protocolos. Listado de no conformidades y 		

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA Insumo	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA Producto y/o Servicio	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo						Interno	Externo
				comprendan los servicios y su atención.		riesgos identificados. <ul style="list-style-type: none"> • Análisis comparativo entre las metas y los resultados obtenidos. • Informes con recomendaciones de mejora. 		
			V	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear los indicadores de tiempo de espera y cumplimiento de metas de atención. • Evaluar la satisfacción del usuario mediante encuestas y análisis de retroalimentación. • Revisar el cumplimiento de protocolos y guías clínicas a través de auditorías internas. • Identificar no conformidades y riesgos en el proceso de atención ambulatoria. 		<ul style="list-style-type: none"> • Acciones correctivas y preventivas implementadas. • Protocolos y guías clínicas actualizadas. • Cronograma y recursos ajustados según las necesidades. • Capacitaciones adicionales realizadas y documentadas. • Campañas informativas diseñadas e implementadas. • Evaluación del impacto de las 		

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				<ul style="list-style-type: none"> Comparar los resultados obtenidos con las metas establecidas y acuerdos con EPS. Generar informes con análisis de resultados y recomendaciones de mejora. 		acciones correctivas con resultados documentados		
			A	<ul style="list-style-type: none"> Implementar acciones correctivas y preventivas basadas en los hallazgos del monitoreo y auditorías. Ajustar el cronograma y recursos asignados según las necesidades identificadas. Actualizar protocolos y guías clínicas en función de las áreas de mejora detectadas. 				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar campañas informativas para reforzar el cumplimiento de los estándares de calidad. Realizar capacitaciones adicionales en las áreas críticas detectadas durante el monitoreo. Evaluar el impacto de las acciones correctivas y preventivas, y realizar ajustes para asegurar la mejora continua. 				

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Protocolos y guías de atención ambulatoria. Manuales operativos y administrativos. Normograma institucional. Informes de calidad y satisfacción del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> Altos tiempos de espera para los usuarios. Insuficiencia de recursos humanos o tecnológicos. Incumplimiento de normativas de atención ambulatoria. Baja satisfacción del usuario debido a demoras o fallos en la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de cumplimiento de citas programadas (%). Tiempo promedio de espera para la atención (minutos). Índice de satisfacción del usuario (%). Número de conformidades detectadas y corregidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 3100 de 2019 (Estándares de Habilitación en Salud). Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud). Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud.

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1	CODIGO: GAS-Ca- 001
		VERSION: 01
	CARACTERIZACION DE PROCESO	FECHA: 14/01/2025
PAGINA: 7 de 1		

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Médicos, enfermeras, auxiliares administrativos, personal de apoyo.	Consultorios equipados, sistemas de información para citas y registros	Presupuesto para insumos médicos y administrativos.

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	En el formato se actualiza el encabezado	Se actualiza logo institucional y encabezado de formato según el nuevo sistema de gestión de la calidad de la institución. Documento nuevo.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	FARMACIA
Objetivo:	Garantizar la gestión integral de medicamentos e insumos médicos, desde su adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación, asegurando calidad, seguridad y trazabilidad, cumpliendo con la normatividad vigente y promoviendo el uso racional de medicamentos en beneficio de los usuarios y las áreas asistenciales del hospital.
Alcance:	El proceso abarca la planificación, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución, dispensación y control de medicamentos e insumos médicos para garantizar su disponibilidad y acceso oportuno. Incluye la orientación al usuario sobre el uso racional de medicamentos, el manejo de medicamentos de control especial, la gestión de residuos peligrosos y la conformidad con los contratos establecidos con EPS.
Políticas de operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con las normas vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social para la gestión de medicamentos e insumos médicos. 2. Implementar protocolos para el manejo adecuado de medicamentos, garantizando su trazabilidad y conservación. 3. Asegurar la disponibilidad oportuna de medicamentos esenciales mediante una gestión eficiente del inventario. 4. Garantizar la capacitación continua del personal en farmacología, normatividad vigente y manejo de medicamentos de control especial. 5. Monitorear y evaluar los indicadores de calidad y eficiencia para promover la mejora continua del proceso.
Responsable del proceso:	Coordinador de Farmacia del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	Dependencia	Cargo
	Área de Farmacia	Jefe de Farmacia
	Equipo Técnico	Regente y auxiliares de farmacia
	Soporte Administrativo	Auxiliares Administrativos
	Oficina de calidad	Responsable de calidad

CARACTERIZACION DE PROCESO

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
<p>Todos los procesos institucionales</p> <p>Solicitudes médicas, protocolos, guías clínicas.</p>	<p>Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS.</p> <p>Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud.</p> <p>Medicamentos, insumos médicos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos e insumos médicos adquiridos y verificados. Prescripciones médicas y solicitudes de medicamentos. Sistemas de información para la gestión de inventarios. Protocolos y guías clínicas de manejo farmacéutico. Personal capacitado en normatividad vigente. 	P	<ul style="list-style-type: none"> Identificar necesidades de medicamentos e insumos médicos según la demanda proyectada y contratos con EPS. Elaborar el plan de adquisiciones basado en consumo histórico y proyecciones futuras, conforme a la Resolución 3100 de 2019. Diseñar protocolos para el almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos, asegurando el cumplimiento de la Resolución 1403 de 2007. Establecer un cronograma para la generación y envío oportuno de reportes obligatorios: 	<p>Coordinador de farmacia</p> <p>Responsable de Calidad</p> <p>Responsable de Mantenimiento</p> <p>Auxiliares Administrativos y asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos e insumos médicos entregados con seguridad y oportunidad. Inventarios controlados y trazables. Orientación adecuada al usuario sobre el uso racional de medicamentos. Indicadores de gestión monitoreados y reportados. □ Cumplimiento de contratos con EPS y normatividad vigente 	<p>. Áreas administrativas y asistenciales del hospital.</p>	<p>Usuarios del servicio, EPS, entes de control.</p>

				<p>SISMED, REPS, medicamentos de control especial y farmacovigilancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programar capacitaciones para el personal en normatividad farmacéutica, manejo de medicamentos de control especial y elaboración de reportes de ley. • □ Definir indicadores de gestión, incluyendo tiempos de dispensación, cumplimiento de inventarios, y calidad de los reportes enviados. 				
			H	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de medicamentos e insumos médicos, verificando su calidad, trazabilidad y documentación según la Resolución 2003 de 2014. • Almacenamiento en condiciones que garanticen la 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<p>estabilidad de los medicamentos, cumpliendo con las normas de conservación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación de medicamentos según las prescripciones médicas y protocolos definidos. • Registro de los movimientos de inventario en el sistema de información institucional, garantizando la trazabilidad. • Generación y envío oportuno de los reportes obligatorios: • SISMED: Reporte mensual de precios y disponibilidad de medicamentos. • REPS: Registro y actualización de la operación del servicio de farmacia. • Medicamentos de control especial: 				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>Reporte de inventarios y movimientos según la Resolución 1478 de 2006.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmacovigilancia: Notificación de eventos adversos asociados a medicamentos. • □ Orientación al usuario sobre el uso racional y seguro de medicamentos. 				
			V	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear indicadores de gestión, como tiempos de dispensación, cumplimiento de inventarios y tasas de vencimientos. • Auditar los procesos de recepción, almacenamiento y dispensación para garantizar el cumplimiento de protocolos y normativas. • Revisar la calidad, consistencia y oportunidad de los reportes enviados 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<p>(SISMED, REPS, medicamentos de control especial, farmacovigilancia).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros y movimientos de medicamentos de control especial, asegurando su trazabilidad y conformidad con la legislación vigente. • Evaluar la satisfacción del usuario y las áreas asistenciales para identificar oportunidades de mejora en el servicio. 				
			A	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar acciones correctivas y preventivas basadas en los resultados de auditorías, indicadores y análisis de los reportes enviados. • Actualizar protocolos y 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<p>procedimientos internos para mejorar la calidad de los procesos y reportes generados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las capacitaciones en las áreas críticas detectadas durante las auditorías y evaluaciones. • Optimizar la planificación y gestión de inventarios para garantizar disponibilidad y reducir pérdidas por vencimientos. • Incorporar nuevas disposiciones legales y normativas relacionadas con la gestión de medicamentos y reportes obligatorios. • Monitorear continuamente el impacto de las acciones implementadas para asegurar la 				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				mejora continua del proceso.				
--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos de farmacia. Protocolos de almacenamiento y dispensación. Registros de inventarios. Informes de auditorías internas. 	<ul style="list-style-type: none"> Desabastecimiento de medicamentos esenciales. Pérdidas por vencimientos de productos. Dispensación incorrecta por errores en prescripciones o registros. Incumplimiento de normativas de almacenamiento y conservación. 	<ol style="list-style-type: none"> Nivel de cumplimiento en tiempos de dispensación. Tasa de incidentes relacionados con medicamentos. Tasa de pérdidas por vencimientos. Índice de satisfacción del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 3100 de 2019: Estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Resolución 1403 de 2007: Buenas prácticas de dispensación. Decreto 780 de 2016: Régimen de gestión de riesgo para medicamentos. Ley 1122 de 2007: Regulación de medicamentos de control especial.

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Regente y auxiliares de farmacia..	Software de gestión de inventarios, estanterías adecuadas.	Presupuesto para adquisición y mantenimiento de medicamentos

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEE ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GDT-ID-Ca- 001
 Versión: 01
 Fecha: 14/01/2025
 Página: 1 de 1

CARACTERIZACION DE PROCESO

TIPO DE PROCESO					
Estratégico		Misional	X	Apoyo	Evaluación

PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS (RX)
Objetivo:	Garantizar la prestación de servicios de imágenes diagnósticas con calidad, seguridad y oportunidad, mediante el uso adecuado de tecnología, protocolos establecidos y personal capacitado, para contribuir al diagnóstico y tratamiento efectivo de los pacientes.
Alcance:	El proceso de imágenes diagnósticas incluye desde la recepción de la solicitud médica, la preparación del paciente, la realización del estudio, el análisis y emisión de informes diagnósticos, hasta la entrega de resultados al solicitante. Este proceso aplica a todos los pacientes que requieren servicios diagnósticos en radiología convencional, ultrasonido u otros métodos disponibles en el hospital, cumpliendo con las normativas vigentes.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con los lineamientos normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos utilizados en los estudios de imágenes diagnósticas. Asegurar la capacitación continua del personal en técnicas de imagen y manejo de equipos radiológicos. Proveer atención centrada en el usuario, promoviendo la humanización del servicio y el manejo ético de la información. Implementar protocolos que aseguren la calidad y seguridad en la prestación de servicios, incluyendo la protección radiológica.
Responsable del proceso:	Coordinador del Área de Imágenes Diagnósticas del Hospital San Agustín de Fonseca

Participantes del proceso	Dependencia	Cargo
	Área de Imágenes Diagnósticas	Coordinador de Imágenes diagnosticas
	Equipo Técnico	Tecnólogos en Radiología
	Soporte Administrativo	Auxiliares Administrativos
	Oficina de calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Todos los procesos institucionales	Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS.	1. Solicitudes médicas debidamente diligenciadas. 2. Equipos biomédicos (rayos X, ultrasonido, etc.)	P	<ul style="list-style-type: none"> Planificación de recursos humanos y equipos: Identificar la disponibilidad de tecnólogos en radiología, auxiliares administrativos y equipos biomédicos según la demanda del servicio y los 	Coordinador de imágenes diagnosticas Responsable de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Imágenes diagnósticas confiables y oportunas. Informes diagnósticos realizados por 	Áreas administrativas y asistenciales del hospital.	Usuarios del servicio, EPS, entes de control.

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

CARACTERIZACION DE PROCESO

<p>protocolos, equipos biomédicos.</p>	<p>lineamientos del Ministerio de Salud.</p>	<p>3. Protocolos y guías clínicas para la realización de estudios diagnósticos.</p> <p>4. Personal técnico capacitado en manejo de equipos y protección radiológica.</p> <p>5. Sistemas de información para el registro, análisis y almacenamiento de resultados.</p>	<p>calibrados y en óptimas condiciones.</p> <p>contratos con EPS, en cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019.</p> <p>▫ Diseño de protocolos de atención: Elaborar protocolos técnicos específicos para radiología convencional, ultrasonido y otros estudios aplicables, alineados con la Resolución 1441 de 2013 y la Ley 9 de 1979.</p> <p>▫ Programación del mantenimiento preventivo y correctivo: Establecer cronogramas para garantizar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos, cumpliendo con la Resolución 2003 de 2014.</p> <p>▫ Capacitación del personal: Planificar capacitaciones en manejo de equipos, protección radiológica y bioseguridad, según la Ley 1164 de 2007.</p> <p>▫ Definición de indicadores: Establecer indicadores clave, como tiempo promedio de entrega de resultados, tasa de adherencia a protocolos de protección radiológica y satisfacción del usuario.</p> <p>▫ Planificación de la atención: Diseñar un</p>	<p>Responsable de Mantenimiento</p> <p>Auxiliares Administrativos</p> <p>Técnicos en radiología</p>	<p>personal capacitado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas actualizadas con los resultados de los estudios. • Indicadores de calidad monitoreados y reportados. • Atención centrada en el paciente con orientación clara sobre los procedimientos realizados. 		
--	--	---	--	---	---	--	--

				<p>cronograma de estudios basado en la capacidad instalada y los acuerdos contractuales con las EPS, asegurando la atención oportuna.</p> <p>☐ Gestión de residuos peligrosos: Planificar la disposición adecuada de residuos generados durante el proceso, cumpliendo con la Resolución 4003 de 2008.</p>				
			H	<p>☐ Recepción y validación de solicitudes de estudios diagnósticos, asegurando que cumplan con los requisitos establecidos.</p> <p>☐ Preparación del paciente de acuerdo con los protocolos definidos para cada tipo de estudio, incluyendo la educación sobre el procedimiento.</p> <p>☐ Realización de los estudios diagnósticos (radiología convencional, ultrasonido, etc.) cumpliendo con los protocolos técnicos y de protección radiológica.</p> <p>☐ Registro y almacenamiento de imágenes y resultados en el sistema institucional, asegurando trazabilidad y confidencialidad.</p>				

				<ul style="list-style-type: none"> ☐ Entrega de informes diagnósticos dentro de los tiempos definidos según los acuerdos con EPS y la normatividad vigente. ☐ Monitoreo continuo del uso de equipos, insumos y recursos para garantizar eficiencia operativa. ☐ Implementación de medidas de seguridad radiológica para pacientes y personal, en cumplimiento de la Resolución 1441 de 2013 				
			V	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Monitorear los indicadores de desempeño establecidos (tiempo de respuesta, tasa de incidentes, adherencia a protocolos). ☐ Auditar los estudios realizados para garantizar el cumplimiento de los estándares técnicos y normativos. ☐ Revisar el estado de los equipos biomédicos y verificar el cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo. ☐ Evaluar la satisfacción del usuario mediante encuestas, identificando oportunidades de mejora. 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<ul style="list-style-type: none"> ▣ Analizar los registros de los procedimientos realizados para detectar errores o inconsistencias en el manejo de equipos, protocolos y datos del paciente. ▣ Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales en cuanto al manejo de residuos peligrosos generados durante el proceso. 				
			A	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Implementar acciones correctivas y preventivas basadas en los hallazgos de auditorías e indicadores de desempeño. ▣ Actualizar los protocolos y guías clínicas según los resultados de evaluación y normatividad vigente. ▣ Reforzar la capacitación del personal en áreas críticas detectadas durante las auditorías y evaluaciones. ▣ Optimizar el uso de equipos y recursos para mejorar la eficiencia y garantizar la sostenibilidad del servicio. ▣ Implementar estrategias para mejorar la experiencia del usuario, basadas en los resultados de las encuestas de satisfacción. 				

				<ul style="list-style-type: none"> ☐ Monitorear continuamente el impacto de las acciones implementadas para asegurar la mejora continua del servicio. 				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos técnicos para imágenes diagnósticas. Protocolos de protección radiológica y bioseguridad. Registros de resultados de estudios. ☐ Informes de indicadores de calidad y auditorías internas. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición inadecuada a radiaciones ionizantes. Fallas en equipos biomédicos por mantenimiento insuficiente. Errores en la realización o interpretación de los estudios diagnósticos. Retrasos en la entrega de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio de entrega de resultados. Tasa de incidentes relacionados con equipos o procedimientos. Tasa de satisfacción del usuario (%). Tasa de adherencia a protocolos de protección radiológica y bioseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 3100 de 2019: Estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Resolución 1441 de 2013: Normativa técnica para servicios de imágenes diagnósticas. Ley 9 de 1979: Código Sanitario Nacional, aplicable a radiología y equipos biomédicos. Normas del IAEA (Agencia Internacional de Energía Atómica): Seguridad radiológica. Norma ISO 9001: Sistema de gestión de calidad aplicable a servicios diagnósticos.

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Tecnólogos en radiología, personal administrativo.	Equipos biomédicos, sistemas de almacenamiento de imágenes	Presupuesto para mantenimiento de equipos e insumos.



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GDT-ID-Ca- 001

Versión: 01

Fecha: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

Página: 7 de 1

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

CARACTERIZACION DE PROCESO

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	LABORATORIO CLINICO
Objetivo:	Garantizar la realización de análisis clínicos con calidad, confiabilidad y oportunidad, cumpliendo con los estándares normativos y aportando información precisa que contribuya al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes atendidos en el Hospital San Agustín de Fonseca.
Alcance:	El proceso abarca desde la recepción de las solicitudes de exámenes, la toma, procesamiento y análisis de muestras biológicas, hasta la entrega de resultados a los usuarios o áreas requeridas. Aplica a todos los servicios asistenciales del hospital, cumpliendo con los protocolos establecidos y las normas legales vigentes.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con los lineamientos normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la calidad y seguridad en el servicio. Implementar protocolos y guías clínicas que aseguren la precisión y confiabilidad de los análisis. Garantizar el mantenimiento adecuado de los equipos biomédicos utilizados en el laboratorio clínico. Proveer atención centrada en el usuario y asegurar un manejo ético y seguro de las muestras biológicas. Monitorear y evaluar continuamente los indicadores de calidad del servicio para promover la mejora continua.
Responsable del proceso:	Coordinador del Laboratorio Clínico del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	Dependencia	Cargo
	Laboratorio Clínico	Coordinador de laboratorio clínico
	Personal asistencial y administrativo	Médicos, enfermeros y auxiliares de laboratorio, auxiliares administrativos
	Oficina de calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
<p>Todos los procesos institucionales equipos biomédicos, protocolos de atención,</p>	<p>Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS. Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de</p>	<p>▯ Muestras biológicas: Sangre, orina, heces y otros fluidos corporales recolectados según protocolos establecidos. ▯ Reactivos y materiales de laboratorio: Insumos químicos y biológicos necesarios para el</p>	P	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las necesidades de reactivos, insumos y equipos biomédicos según la demanda del servicio y la capacidad instalada del laboratorio. 	<p>Coordinador de laboratorio clínico Responsable de Calidad Responsable de Mantenimiento</p>	<p>▯ Resultados confiables y oportunos de análisis clínicos: Emitidos dentro de los tiempos establecidos y con precisión, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento efectivo de los pacientes.</p>	<p>. Áreas administrativas y asistenciales del hospital.</p>	<p>Usuarios del servicio, EPS, entes de control.</p>

CARACTERIZACION DE PROCESO

<p>insumos médicos.</p>	<p>Salud, insumos técnicos. Reactivos, insumos médicos, normativas nacionales e internacionales.</p>	<p>procesamiento y análisis de muestras. Equipos biomédicos: Equipos calibrados y en óptimas condiciones, como analizadores automáticos, microscopios y centrífugas. Protocolos y guías clínicas: Normas técnicas y procedimientos estandarizados para la toma, transporte, procesamiento y análisis de muestras. Sistemas de información: Software para la gestión de registros, resultados y trazabilidad de muestras. Recurso humano capacitado: Personal técnico y administrativo formado en normas de bioseguridad y manejo de equipos biomédicos. Documentación del usuario: Solicitudes de exámenes clínicos y datos completos del paciente. Infraestructura adecuada: Áreas destinadas para toma, procesamiento y almacenamiento de</p>		<ul style="list-style-type: none"> Planificar la asignación y distribución del recurso humano (técnicos, auxiliares y administrativos) en función de la contratación con las EPS y la demanda proyectada. Establecer un cronograma de mantenimiento preventivo y calibración de equipos biomédicos, conforme a la Resolución 3100 de 2019. Diseñar protocolos y guías clínicas basados en la NTC 5254, la Norma ISO 15189, y los estándares acordados con las EPS. Planificar capacitaciones para el personal en temas como toma de muestras, 	<p>Auxiliares Administrativos</p> <p>Personal de Laboratorio e Imágenes</p> <p>Personal Asistencial</p>	<p>Cumplimiento de metas establecidas con las EPS: Servicios prestados según los términos contractuales y estándares acordados. Historias clínicas actualizadas: Registros completos y trazables de los resultados de exámenes y análisis realizados. Indicadores de calidad monitoreados: Informes sobre tiempos de respuesta, confiabilidad de resultados y adherencia a protocolos. Atención segura y humanizada: Usuarios atendidos con orientación adecuada sobre el procedimiento, preparación previa y entrega de resultados. Notificaciones y reportes oportunos: Eventos adversos relacionados con el manejo de muestras o reactivos y enfermedades de interés en salud pública reportados según normatividad.</p>		
-------------------------	--	---	--	--	---	--	--	--

		<p>muestras bajo condiciones controladas.</p> <p>▣ Cadena de frío: Sistemas de almacenamiento y transporte que aseguren la preservación de reactivos y muestras biológicas.</p> <p>▣ Normativa vigente: Resoluciones y leyes que regulan los procesos de laboratorio clínico, garantizando calidad y seguridad en la atención.</p>		<p>procesamiento y manejo ético de resultados, cumpliendo con la Ley 1164 de 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir indicadores de calidad y desempeño, incluyendo tiempo promedio de entrega de resultados, tasa de confiabilidad y adherencia a protocolos. • Revisar y actualizar el plan de gestión de residuos hospitalarios, en cumplimiento con la Resolución 4003 de 2008. • Establecer un cronograma para la atención y cumplimiento de metas según los acuerdos contractuales con las EPS. • Proyectar el flujo de pacientes y coordinar la capacidad operativa del 		<p>▣ Optimización de recursos: Uso eficiente de insumos, reactivos y equipos biomédicos, garantizando sostenibilidad y eficacia operativa.</p> <p>▣ Cumplimiento normativo: Procedimientos realizados en conformidad con los estándares de habilitación y calidad definidos por la legislación vigente.</p>		
--	--	--	--	---	--	---	--	--

CARACTERIZACION DE PROCESO

				laboratorio para cumplir con los tiempos de respuesta establecidos en los contratos.				
			H	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar la asignación de personal técnico y administrativo, conforme a las metas establecidas con las EPS y la capacidad operativa del laboratorio. Recepción y validación de solicitudes de exámenes clínicos, garantizando que cumplan con los requisitos establecidos. Realizar la toma de muestras biológicas de manera segura, siguiendo protocolos de bioseguridad y estándares de calidad. 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<ul style="list-style-type: none"> • Procesar las muestras en los equipos biomédicos calibrados, asegurando el uso adecuado de los reactivos e insumos planificados. • Registrar los resultados en el sistema institucional de información, asegurando su trazabilidad y confidencialidad. • Monitorear continuamente los tiempos de respuesta y ajustar la operación diaria para cumplir con las metas acordadas en los contratos con las EPS. 				
			V	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear y comparar los indicadores establecidos (tiempos de 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<p>respuesta, confiabilidad de resultados, cumplimiento de metas con EPS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la asignación y desempeño del recurso humano para garantizar que la planificación inicial sea efectiva. • Auditar los resultados de análisis clínicos y el cumplimiento de los protocolos establecidos en la planificación. • Evaluar el estado de los equipos biomédicos y el cumplimiento del cronograma de mantenimiento y calibración. • Analizar los registros de muestras, exámenes procesados y resultados entregados para detectar errores o incumplimientos. 				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<ul style="list-style-type: none"> Revisar y analizar eventos adversos o incidentes relacionados con la prestación del servicio. 				
			A	<ul style="list-style-type: none"> Ajustar la asignación del recurso humano y los insumos en función de los hallazgos de verificación y los resultados de indicadores. Implementar acciones correctivas y preventivas para garantizar el cumplimiento de los tiempos de respuesta y las metas establecidas en los contratos con las EPS. Actualizar los protocolos y procesos internos según los hallazgos y necesidades 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				<p>identificadas durante la auditoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las capacitaciones del personal en áreas críticas detectadas durante el monitoreo. • Optimizar la planificación y el flujo de pacientes para mejorar la eficiencia del laboratorio clínico. • Realizar evaluaciones periódicas del impacto de las acciones implementadas, asegurando la mejora continua y el cumplimiento de los estándares normativos. 				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

CARACTERIZACION DE PROCESO

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos de laboratorio clínico. Protocolos de toma y manejo de muestras biológicas. Registros de resultados de análisis clínicos. Informes de indicadores de calidad y auditorías. 	<ul style="list-style-type: none"> Errores en la toma o procesamiento de muestras. Fallas en equipos biomédicos por mantenimiento inadecuado. Baja adherencia a protocolos de análisis clínico. Retrasos en la entrega de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio de entrega de resultados. Tasa de confiabilidad en los análisis clínicos realizados. Tasa de satisfacción de los usuarios (%). □ Número de incidentes relacionados con el manejo de muestras. 	<ol style="list-style-type: none"> Resolución 3100 de 2019: Estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC). Resolución 2003 de 2014: Condiciones de habilitación para servicios de laboratorio clínico. Norma ISO 15189: Requisitos específicos para la calidad y competencia en laboratorios clínicos. Ley 9 de 1979: Código Sanitario Nacional para manejo de sustancias químicas y biológicas. NTC 5254: Guía técnica para la toma, transporte y análisis de muestras clínicas.

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Auxiliares de laboratorio, personal administrativo.	Equipos de análisis clínico, reactivos, software de gestión.	Presupuesto para reactivos, insumos y mantenimiento de equipos.

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEE ROBLES	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GDT-LC-Ca- 001

Versión: 01

Fecha: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

Página: 10 de 1

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
AUDITOR DE CALIDAD		GERENTE

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GAS-CE-Ca- 001

Versión: 01

Fecha: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

Página: 1 de 1

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	CONSULTA EXTERNA GENERAL
Objetivo:	Proveer atención integral, oportuna, humanizada y segura en los servicios de consulta externa, incluyendo Promoción y Prevención, consultas generales (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), garantizando el cumplimiento de los requisitos legales y la satisfacción de los usuarios.
Alcance:	El proceso de consulta externa abarca desde la programación y registro de citas, la atención integral en servicios de Promoción y Prevención, consultas generales (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición) hasta el seguimiento del estado de salud del usuario. Incluye la entrega de diagnósticos, resultados, recomendaciones y la orientación necesaria para garantizar la continuidad del cuidado, cumpliendo con los estándares normativos y las necesidades de los usuarios
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y normatividad vigente. • Brindar atención centrada en el usuario, garantizando un trato digno, respetuoso y humanizado. • Garantizar la disponibilidad de recursos humanos capacitados y equipamiento adecuado para los servicios ambulatorios. • Implementar mecanismos de mejora continua basados en la evaluación de indicadores de calidad.
Responsable del proceso:	Coordinador de gestión asistencial del Hospital San Agustín de Fonseca

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Área de Consulta Externa	Coordinador de gestión asistencial
	Equipo Médico	Personal médico
	Equipo de Enfermería	Enfermeros y auxiliares de enfermería
	Soporte Administrativo	Auxiliares administrativos
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Todos los procesos institucionales	Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS.	<p>Protocolos y guías clínicas específicas para cada área de atención.</p> <p>Historia clínica del paciente y registros previos.</p>	P	Definir la población a atender por cada EAPB, definir capacidad instalada por cada unidad operativa, realizar las agendas para asignación de citas y establecer la demanda de servicios	<p>Coordinador de gestión asistencial</p> <p>Calidad</p> <p>Gerencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas generales y especializadas realizadas con calidad y oportunidad. • Procedimientos ambulatorios 	Áreas administrativas y asistenciales del hospital.	Usuarios del servicio, EPS, entes de control.

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

	<p>Recursos humanos capacitados (médicos, enfermeros, psicólogos, odontólogos, nutricionistas).</p> <p>Equipos médicos y tecnológicos adecuados (consultorios equipados, software de gestión).</p> <p>Medicamentos, insumos y materiales necesarios para la atención.</p>		<p>Programar capacitaciones para el personal en protocolos y guías clínicas</p> <p>Definir indicadores de desempeño y calidad del servicio.</p>		<p>ejecutados según protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas completas y correctamente diligenciadas. • Diagnósticos y resultados entregados al paciente. • Recomendaciones claras y seguimiento asignado para el paciente. • Indicadores de desempeño y calidad monitoreados y reportados. 		
		H	<p>Atender al usuario según protocolos y guías, diligenciar la historia clínica y formatos anexos y entregar los soportes generados en la prestación al servicio.</p> <p>Orientación y educación al paciente sobre su tratamiento y seguimiento.</p> <p>Registro completo de la consulta en la historia clínica del paciente.</p>				
		V	<p>verificar el cumplimiento de las agendas, medir la oportunidad, producción y adherencia a las guías y protocolos de atención</p> <p>Analizar la satisfacción del usuario mediante encuestas.</p>				

CARACTERIZACION DE PROCESO

				Auditar historias clínicas y registros administrativos.				
			A	Plantear y replantear acciones preventivas, correctivas y de mejora continua.				
				Actualizar protocolos de atención según resultados de evaluación.				
				Capacitar al personal en áreas críticas detectadas.				
				Realizar seguimiento al impacto de las acciones de mejora en los indicadores.				

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos y guías clínicas para consulta externa. • Manual de procedimientos administrativos y operativos. • Historia clínica del paciente. • Normograma institucional. • Encuestas de satisfacción del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de espera prolongados para la atención. • Retrasos en la entrega de resultados y diagnósticos. • Baja adherencia a protocolos clínicos. • Insuficiencia de recursos humanos o tecnológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de cumplimiento de citas programadas (%). • Tiempo promedio de espera para la atención (minutos). • Índice de satisfacción del usuario (%). • Número de procedimientos ambulatorios realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución 3100 de 2019 (Estándares de Habilitación en Salud). • Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud). • Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Médicos, enfermeros, auxiliares administrativos, personal de apoyo..	Consultorios equipados, software de gestión, insumos médicos.	Presupuesto asignado para medicamentos, insumos y mantenimiento.



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GAS-CE-Ca- 001

Versión: 01

Fecha: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

Página: 4 de 1

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
Objetivo:	Proveer servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de manera segura, oportuna y confiable, cumpliendo con los estándares normativos para contribuir al diagnóstico y tratamiento efectivo de los pacientes.
Alcance:	El proceso comprende la recepción y validación de solicitudes, la programación y ejecución de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la entrega de resultados confiables, y el registro completo de la atención en los sistemas institucionales. Este proceso se realiza cumpliendo con los protocolos establecidos, garantizando la seguridad del paciente y promoviendo una atención centrada en el usuario que contribuya al diagnóstico preciso y al tratamiento adecuado.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con los lineamientos normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC). • Garantizar la disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos capacitados para la prestación de servicios diagnósticos. • Proveer atención segura y centrada en el usuario, promoviendo la humanización de los servicios diagnósticos. • Implementar protocolos y guías clínicas que aseguren la confiabilidad y oportunidad de los resultados diagnósticos. • Monitorear y evaluar continuamente los indicadores de calidad y desempeño en los servicios de apoyo diagnóstico.
Responsable del proceso:	Coordinador del Área de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	Dependencia	Cargo
	Laboratorio Clínico	Coordinador de laboratorio clínico
	Personal asistencial y administrativo	Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos
	Imágenes Diagnósticas	Responsable de RX
	Oficina de calidad	Responsable de calidad
	farmacia	Responsable de servicio farmacéutico

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Todos los procesos institucionales equipos biomédicos, protocolos de atención, insumos médicos.	Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS. Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, insumos técnicos.	<ul style="list-style-type: none"> Equipos biomédicos (análisis clínicos, imágenes diagnósticas, equipos de terapia). Insumos médicos y reactivos para laboratorio. Protocolos y guías clínicas específicas para cada servicio. Personal capacitado en técnicas diagnósticas y terapéuticas. Sistemas de información para el registro y reporte de resultados. 	P	<p>Planificar la programación de recursos humanos, equipos e insumos para los servicios.</p> <p>Establecer protocolos y guías para cada servicio diagnóstico y terapéutico.</p> <p>Programar mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos</p> <p>Capacitar al personal en manejo de equipos, técnicas diagnósticas y terapéuticas</p> <p>Definir indicadores de calidad y oportunidad de los servicios.</p>	<p>Coordinador de Apoyo Diagnóstico</p> <p>Responsable de Calidad</p> <p>Responsable de Mantenimiento</p> <p>Auxiliares Administrativos</p> <p>Personal de Laboratorio e Imágenes</p> <p>Personal Asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> Resultados diagnósticos confiables y entregados oportunamente. Terapias administradas de manera eficaz y segura. Historias clínicas actualizadas con los registros de servicios realizados. Indicadores de desempeño monitoreados y reportados. Educación y orientación al usuario sobre el manejo de resultados y terapias. 	. Áreas administrativas y asistenciales del hospital.	Usuarios del servicio, EPS, entes de control.
			H	<p>Recepción y registro de solicitudes de servicios diagnósticos o terapéuticos</p> <p>Realización de exámenes diagnósticos según protocolos establecidos</p> <p>Administración de terapias (respiratoria, etc.) según prescripción.</p>				

				<p>Garantizar el adecuado uso de insumos, equipos y medicamentos en los servicios.</p> <p>Registrar resultados y/o avances en los sistemas institucionales.</p>				
			V	<p>Monitorear indicadores de calidad y oportunidad en la prestación de servicios.</p> <p>Auditar resultados y registros de servicios diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Evaluar la adherencia a protocolos y guías clínicas.</p> <p>Analizar incidentes o no conformidades reportadas durante el proceso.</p>				
			A	<p>Diseñar e implementar acciones correctivas y preventivas basadas en hallazgos.</p> <p>Actualizar protocolos y procesos según resultados de las evaluaciones.</p> <p>Capacitar al personal en áreas críticas identificadas.</p>				

				Realizar seguimiento a las acciones correctivas implementadas.				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Protocolos de calidad para servicios de apoyo diagnóstico. Registros de resultados diagnósticos y terapéuticos. ☐ Informes de indicadores y análisis de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Resultados diagnósticos incorrectos o retrasados. Baja adherencia a protocolos clínicos. Fallas en equipos biomédicos por mantenimiento deficiente. ☐ Eventos adversos relacionados con procedimientos terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio de entrega de resultados diagnósticos. Tasa de adherencia a protocolos y guías clínicas. Tasa de satisfacción del usuario (%). Número de incidentes o eventos adversos reportados. 	<ul style="list-style-type: none"> Norma ISO 15189: Requisitos para la calidad y competencia de laboratorios clínicos. Resolución 1441 de 2013: Requisitos técnicos para servicios de imágenes diagnósticas, incluyendo seguridad radiológica. Resolución 2183 de 2004: Normas para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos en servicios de apoyo diagnóstico. Resolución 2643 de 2007: Reglamentación del uso de equipos biomédicos y su mantenimiento. Norma Técnica Colombiana NTC 5254: Lineamientos para la toma, transporte y procesamiento de muestras clínicas. Ley 9 de 1979: Código sanitario nacional, aplicable al manejo de sustancias químicas y biológicas en laboratorios. Guías de práctica clínica (GPC): Protocolos basados en evidencia

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
			<p>para la realización de procedimientos diagnósticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normativa del Instituto Nacional de Salud (INS): Directrices para laboratorios que realizan pruebas relacionadas con vigilancia epidemiológica. • Resolución 4003 de 2008: Lineamientos para la gestión de residuos hospitalarios y similares, aplicables a servicios diagnósticos. •

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Personal de laboratorio, imágenes diagnósticas y terapias.	Equipos biomédicos, reactivos, software de gestión.	Presupuesto para mantenimiento de equipos e insumos.

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

CODIGO: GAS-HO-Ca- 001

VERSION: 01

FECHA: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

PAGINA: 1 de 1

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	HOSPITALIZACION
Objetivo:	Garantizar la atención integral, segura y de calidad a los pacientes hospitalizados, mediante el cumplimiento de los estándares normativos y la aplicación de protocolos institucionales, promoviendo la recuperación de la salud y el bienestar del paciente.
Alcance:	Este proceso incluye la recepción, admisión, cuidado integral, tratamiento médico, seguimiento clínico, egreso del paciente y registro adecuado de la atención brindada. Aplica a todos los pacientes ingresados en las áreas de hospitalización del hospital.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y normatividad vigente. • Priorizar la seguridad del paciente mediante la implementación de programas de humanización, prevención de eventos adversos y adherencia a protocolos. • Garantizar la disponibilidad de recursos humanos capacitados, equipos biomédicos, medicamentos e insumos necesarios. • Proveer una atención integral centrada en el paciente y su familia.
Responsable del proceso:	Coordinador del Servicio de Hospitalización del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Área de Hospitalización	Coordinador de Hospitalización
	Equipo Médico	Personal médico
	Equipo de Enfermería	Enfermeros y auxiliares de enfermería
	Soporte Administrativo	Auxiliares administrativos
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
procesos de atención ambulatoria, urgencias, y partos, salud pública	usuarios y sus familias, EAPB, entes de vigilancia y control, otras IPS, referencia contra referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención y guías clínicas. • Manual de procedimientos de hospitalización. • Normativa nacional e 	P	<ul style="list-style-type: none"> • Programación del recurso humano, gestión de recursos, alistamiento y disponibilidad del equipo biomédico, coordinación con los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico y 	Coordinador del Servicio de hospitalización Y auditor de calidad del Hospital San Agustín de Fonseca.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes estabilizados y en recuperación según plan médico. 2. Egresos hospitalarios documentados y registrados. 3. Historias clínicas 	. Áreas asistenciales y administrativas del hospital.	Pacientes, familiares, EPS, entes de control.

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

		<p>institucional (Resolución 3100 de 2019, Ley 1438 de 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica del paciente. • Órdenes médicas, interconsultas y prescripciones. • Insumos médicos (medicamentos, dispositivos, material médico quirúrgico). • Equipos biomédicos calibrados y en funcionamiento. • Camas hospitalarias y mobiliario médico. • Sistemas de información para registros y seguimiento clínico. • Recursos humanos capacitados (médicos, 		<p>servicios de apoyo logístico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir capacidad instalada y determinar la demanda de servicios • Establecer protocolos de atención y cuidado para pacientes hospitalizados • Programar capacitaciones periódicas para el personal asistencial. • Definir indicadores de calidad y satisfacción del servicio. 		<p>completas y correctamente diligenciadas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Informes de indicadores de calidad y gestión del servicio. 5. Planes de egreso claros y entendidos por el paciente y su familia. 6. Notificaciones de eventos adversos y enfermedades de interés en salud pública. 7. Atención humanizada y centrada en el paciente. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos capacitados (médicos, 	H	<ul style="list-style-type: none"> • Admitir pacientes al servicio de hospitalización, registrando sus datos. • Aplicar tratamientos médicos según órdenes 				

		<ul style="list-style-type: none"> enfermeros, auxiliares). • Programas de capacitación y actualizaciones del personal. • Planes de egreso y seguimiento post-hospitalario. • Programas de seguridad del paciente y humanización. • Planes de contingencia para emergencias hospitalarias. • Normas de bioseguridad y control de infecciones. • Indicadores de calidad y desempeño del servicio. • Espacios físicos adecuados para hospitalización. • Suministro de servicios básicos (agua, energía, oxígeno medicinal). 		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar controles y monitoreo clínicos periódicos. • Brindar educación al paciente y su familia sobre el estado de salud y cuidados requeridos • Garantizar el uso adecuado de insumos, equipos y medicamentos • Registrar correctamente la evolución del paciente en la historia clínica. • Aplicar protocolos de seguridad del paciente • Notificación de eventos adversos 					
			V	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el cumplimiento de protocolos y guías clínicas en el servicio. • Monitorear indicadores de calidad y tiempo promedio de hospitalización. 					

		<ul style="list-style-type: none"> Material educativo para pacientes y familias. Formularios y registros administrativos. 		<ul style="list-style-type: none"> Revisar eventos adversos y realizar análisis de su impacto. Realizar el seguimiento y medición de la gestión del proceso, generando los informes de evaluación de la gestión e indicadores, retroalimentados con los informes de Gestión de Calidad, de control interno y auditoria externa 				
			A	Realizar e implementar los planes de Mejoramiento por proceso, Individual o institucional, para prevenir los riesgos potenciales de la actividad de hospitalización				

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos de hospitalización. Guías de práctica clínica. Registros de evolución clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Retrasos en la administración de medicamentos o tratamientos. Baja adherencia a protocolos clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio de estancia hospitalaria (días). Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud (%). 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 3100 de 2019 (Estándares de Habilitación en Salud).

CARACTERIZACION DE PROCESO

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de seguridad del paciente. • Normograma institucional. • Plan de egreso hospitalario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos relacionados con equipos biomédicos o insumos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de adherencia a protocolos clínicos (%). • Índice de satisfacción del usuario (%). • Giro cama • % de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud). • Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud. • Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Médicos, enfermeros, auxiliares administrativos, personal de apoyo..	Equipos biomédicos, camas hospitalarias, insumos médicos.	Presupuesto asignado para medicamentos, insumos y mantenimiento.

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	En el formato se actualiza el encabezado	Se actualiza logo institucional y encabezado de formato según el nuevo sistema de gestión de la calidad de la institución. Documento nuevo.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1		Código: GAS-SP-Ca- 001
			Versión: 01
			Fecha: 14/01/2025
CARACTERIZACION DE PROCESO			Página: 1 de 1

TIPO DE PROCESO				
Estratégico		Misional	X	Apoyo
				Evaluación

PROCESO:	ATENCION EN SALA DE PARTO
Objetivo:	Brindar atención integral, segura y de calidad a las gestantes y recién nacidos durante el proceso de parto, cumpliendo con los estándares normativos y protocolos establecidos para garantizar la seguridad de la madre y el bebé.
Alcance:	El proceso de Sala de Partos incluye la recepción, preparación y atención del parto, manejo del recién nacido, recuperación postparto inmediata y egreso de la madre y el neonato, asegurando una experiencia humanizada y segura.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y normatividad vigente. Promover la humanización en la atención del parto, respetando los derechos de la madre y el recién nacido. Asegurar la disponibilidad de recursos humanos capacitados, equipos biomédicos y medicamentos esenciales. Implementar protocolos de seguridad del paciente y prevención de infecciones.
Responsable del proceso:	Coordinador de Sala de Partos del Hospital San Agustín de Fonseca

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Área de Hospitalización	Coordinador de Hospitalización
	Equipo Médico	Personal médico
	Equipo de Enfermería	Enfermeros y auxiliares de enfermería
	Soporte Administrativo	Auxiliares administrativos
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
procesos de atención ambulatoria, urgencias,	usuarios y sus familias, EAPB, entes de vigilancia y control, otras IPS,		P	Planificar la disponibilidad de recursos humanos y físicos en la sala de partos. Establecer protocolos de atención al parto y manejo del recién nacido	. Coordinador de Sala de Partos Responsable de calidad	1. Madre y recién nacido atendidos de manera integral y segura. 2. Historias clínicas	. Áreas asistenciales y administrativas del hospital.	Gestantes, recién nacidos, familiares, EPS, entes de control.

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

CARACTERIZACION DE PROCESO

internación y salud pública	referencia contra referencia			<p>Programar capacitaciones periódicas en manejo obstétrico y neonatal.</p> <p>Evaluar y mantener equipos biomédicos en óptimas condiciones.</p> <p>Proyectar la demanda de insumos médicos y medicamentos esenciales.</p>	Gerente	<p>completas y correctamente diligenciadas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Partos vaginales realizadas según protocolos establecidos. 4. Recién nacidos con atención inmediata y cuidados neonatales. 5. Educación a la madre sobre el cuidado del recién nacido y recuperación postparto. 6. Indicadores de calidad y seguridad monitoreados y reportados. 		
			H	<p>Recepción y preparación de la gestante para el parto.</p> <p>Realización del parto según los protocolos establecidos.</p> <p>Atención inmediata al recién nacido (APGAR, profilaxis ocular, vacunas).</p> <p>Monitoreo de la madre durante el puerperio inmediato.</p> <p>Registro completo del parto en la historia clínica y software institucional.</p> <p>Orientación y educación a la madre sobre el cuidado del recién nacido.</p>				

CARACTERIZACION DE PROCESO

			V	<p>Monitorear indicadores de calidad y seguridad en la atención</p> <p>Auditar historias clínicas y registros asociados a los partos.</p> <p>Evaluar la adherencia a protocolos y guías clínicas</p> <p>Analizar eventos adversos e infecciones asociadas al parto</p>				
			A	<p>Diseñar e implementar acciones correctivas y preventivas basadas en hallazgos.</p> <p>Actualizar protocolos y capacitaciones según necesidades identificadas.</p> <p>Implementar estrategias de mejora en la humanización del parto.</p> <p>Realizar seguimiento al impacto de las acciones correctivas en los indicadores.</p>				

CARACTERIZACION DE PROCESO

• DOCUMENTOS ASOCIADOS	• RIESGOS	• INDICADORES	• REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención obstétrica y neonatal. • Guías de práctica clínica. • Historia clínica y registros de partos. • Normograma institucional. • Plan de egreso postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias postparto. • Complicaciones neonatales. • Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). • Baja adherencia a protocolos de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de partos • Índice de APGAR en neonatos al minuto y a los 5 minutos. • Tasa de infecciones asociadas a la atención en sala de partos. • Índice de satisfacción de la madre. • % de eventos adversos. • Nacidos vivos • Mortalidad perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución 3100 de 2019 (Estándares de Habilitación en Salud). • Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud). • Guías de atención obstétrica y neonatal del Ministerio de Salud.

RECURSOS REQUERIDOS

Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Médicos, enfermeros, auxiliares administrativos, personal de apoyo..	Equipos biomédicos (incubadoras, monitores, camillas obstétricas).	Presupuesto asignado para medicamentos, insumos y mantenimiento.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	En el formato se actualiza el encabezado	Se actualiza logo institucional y encabezado de formato según el nuevo sistema de gestión de la calidad de la institución. Documento nuevo.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1	Código: GAS-TAB-Ca- 001 Versión: 01 Fecha: 14/01/2025
	CARACTERIZACION DE PROCESO	Página: 1 de 1

TIPO DE PROCESO					
Estratégico		Misional	X	Apoyo	Evaluación

PROCESO:	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
Objetivo:	Garantizar el traslado seguro, oportuno y eficiente de pacientes que requieran transporte asistencial básico, asegurando el cumplimiento de los estándares normativos y la atención integral durante el traslado, bajo condiciones de humanización y seguridad del paciente.
Alcance:	El proceso de transporte asistencial básico incluye desde la solicitud del servicio de traslado, la preparación del vehículo y del equipo asistencial, el traslado seguro del paciente, hasta la entrega del paciente en el destino final con el respectivo registro de información del servicio prestado.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con los lineamientos normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el transporte asistencial básico. • Garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante todo el proceso de traslado. • Asegurar la disponibilidad y mantenimiento adecuado de las ambulancias y equipos biomédicos. • Promover la capacitación continua del personal asistencial y conductor en protocolos de transporte y atención de emergencias básicas.
Responsable del proceso:	Coordinador del Servicio de Transporte Asistencial del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	Dependencia	Cargo
	Área de transporte	Coordinador de transporte
	Personal asistencial y administrativo	Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos
	Conductores	Operadores de ambulancia
	Oficina de calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo	PHVA			Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Todos los procesos institucionales Vehículos y equipos biomédicos, protocolos de	Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS. Normativa nacional, lineamientos del	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancias certificadas y equipadas. • Equipos biomédicos (balas de oxígeno, monitores de 	P	Planificar la disponibilidad de ambulancias y personal para el servicio. Establecer protocolos para la atención y traslado de pacientes	Coordinador de TAB Calidad Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes trasladados de forma segura y oportuna. • Registros completos y documentados 	Áreas administrativas y asistenciales del hospital.	Usuarios del servicio, EPS, entes de control.

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

CARACTERIZACION DE PROCESO

<p>atención, insumos médicos.</p>	<p>Ministerio de Salud, insumos técnicos.</p>	<p>signos vitales, camillas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos y guías clínicas para transporte asistencial básico. • Personal capacitado (conductores y auxiliares de enfermería). • □ Sistemas de información para la gestión y registro de servicios. 	<p>H</p> <p>Recepción y registro de la solicitud de transporte asistencial</p> <p>Preparación de la ambulancia y revisión de equipos biomédicos.</p> <p>Traslado del paciente según protocolos establecidos</p> <p>Brindar soporte básico durante el traslado (oxígeno, signos vitales, etc.).</p> <p>Entregar al paciente en el destino con informe completo de su condición.</p> <p>Registro del servicio en el sistema de información institucional.</p>		<p>de los traslados asistenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de tiempos de respuesta y calidad del servicio. • Indicadores de desempeño monitoreados y reportados. • Capacitación continua del personal asistencial y conductores. 	
-----------------------------------	---	--	---	--	---	--

			V	<p>Monitorear los tiempos de respuesta del servicio de transporte</p> <p>Evaluar la adherencia a protocolos durante los traslados.</p> <p>Revisar incidentes o eventos adversos ocurridos durante el traslado.</p> <p>Auditar registros y documentación de los servicios de transporte.</p>				
			A	<p>. Implementar acciones correctivas y preventivas basadas en hallazgos.</p> <p>Actualizar protocolos y capacitaciones según las necesidades identificadas</p> <p>Realizar campañas de concienciación en seguridad vial para el personal</p>				

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1	Código: GAS-TAB-Ca- 001 Versión: 01 Fecha: 14/01/2025
	CARACTERIZACION DE PROCESO	Página: 4 de 1

				Evaluar el impacto de las acciones de mejora en los indicadores del servicio.				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos para transporte asistencial básico. Protocolos de atención y traslado de pacientes. Registros de mantenimiento de ambulancias y equipos biomédicos. Informes de servicio y tiempos de respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> Retrasos en el tiempo de respuesta. Fallas en el mantenimiento de equipos biomédicos o ambulancias. Eventos adversos durante el traslado del paciente. Baja adherencia a los protocolos de seguridad vial y atención asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio de respuesta para traslados (%). Tasa de incidentes o eventos adversos durante el traslado (%). Número de servicios realizados en cumplimiento de protocolos (%). Índice de satisfacción del usuario (%). 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 2003 de 2014 (Estándares de habilitación en salud). Ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito). Normas del Ministerio de Salud y Protección Social sobre transporte asistencial.

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Conductores capacitados, auxiliares de enfermería.	Ambulancias equipadas, sistemas de comunicación, equipos biomédicos	Presupuesto para mantenimiento y operación del servicio

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEE ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

X

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	URGENCIAS
Objetivo:	Garantizar la prestación de servicios de urgencias de manera oportuna, eficiente y segura, cumpliendo con los estándares normativos vigentes y priorizando la atención centrada en el paciente, para preservar la vida y prevenir complicaciones.
Alcance:	Este proceso abarca desde la recepción y clasificación inicial de los pacientes en urgencias (triage), la estabilización clínica, hasta la remisión, hospitalización o alta, asegurando un enfoque integral de atención en situaciones críticas y de emergencia.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar la atención según el nivel de urgencia y la gravedad del paciente, cumpliendo con el protocolo de triage establecido. • Cumplir con la normativa vigente, incluyendo la Resolución 3100 de 2019 y los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). • Garantizar la disponibilidad permanente de recursos humanos, tecnológicos y físicos necesarios para la atención. • Promover la capacitación continua del personal de urgencias en manejo de emergencias y protocolos asistenciales.
Responsable del proceso:	Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Área de Urgencias	Coordinador de Urgencias
	Triage	Personal médico y de enfermería
	Personal asistencial y administrativos	Médicos y enfermeras, personal administrativo
	SIAU	Profesional SIAU- trabajador social
	Coordinación Asistencial	Coordinador asistencial
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Subgerencia Científica Facturación Proceso Atención ambulatorios proceso apoyo	IPS EPS Acuerdo de voluntades ARL Policía Transito Consulta Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención en urgencias. • Guías de práctica clínica. • Manuales operativos. 	P	<ul style="list-style-type: none"> • Proyectar la necesidad de talento humano según la demanda del servicio. • Planificar la contratación, capacitación y entrenamiento del 	Coordinador del Servicio de Urgencias Y auditor de calidad del Hospital San Agustín de Fonseca.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes estabilizados. • Tratamientos iniciales realizados. • Traslados adecuados y seguros. 	Personal administrativo y asistencial del hospital.	Usuarios del servicio de salud, EPS, entes de control.

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
diagnostico (laboratorio e imagen logia) Proceso Gestión de recursos físicos (Equipos biomédicos) Proceso apoyo terapéutico Servicio de aseo Servicio de vigilancia Servicio de lavandería Proceso Gestión de las tics	Particulares Secretaria de Salud Entidades de IVC	<ul style="list-style-type: none"> Normativa nacional e institucional (Resolución 3100 de 2019, Ley 1438 de 2011). Equipos biomédicos calibrados. Insumos médicos y dispositivos. Medicamentos esenciales. Documentos de identificación del paciente. Historia clínica previa (si aplica). Orden de remisión. Copagos y/o cuotas moderadoras (cuando corresponda). Recursos humanos capacitados (médicos, 		personal para el manejo de urgencias. <ul style="list-style-type: none"> Establecer requerimientos de insumos, medicamentos y dispositivos médicos. Desarrollar el plan de emergencias hospitalarias según la normatividad vigente. Elaborar protocolos y procesos estandarizados alineados con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Diseñar rutas de atención para pacientes críticos, urgentes y ambulatorios. Planificar estrategias de humanización y seguridad del paciente. 		<ul style="list-style-type: none"> Historias clínicas completas y correctamente diligenciadas. Plan de salida documentado y explicado. Fórmulas médicas, órdenes de exámenes y citas asignadas. Notificaciones de enfermedades de interés en salud pública y eventos adversos. Informes de evaluación de adherencia a protocolos. Análisis de eventos adversos. Indicadores de calidad y desempeño evaluados. Recomendaciones claras para el cuidado posterior. 		

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
		<ul style="list-style-type: none"> enfermeros, auxiliares). • Sistemas de información y software institucional. • Espacios físicos adecuados (salas de triage, observación, estabilización). • Plan de emergencias hospitalarias. • Indicadores de calidad y desempeño definidos. • Programas de seguridad del paciente y humanización. • Normas de bioseguridad. • Balas de oxígeno y otros equipos de soporte vital. • Material educativo para pacientes y familiares. 		<ul style="list-style-type: none"> • Proyectar la adquisición y mantenimiento de equipos biomédicos. • Definir indicadores de calidad, tiempo de atención y adherencia a protocolos clínicos. • Coordinar simulacros de emergencias internas y externas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Acta de función y documentación del deceso. • Documentos de remisión completos. • Educación al usuario y su familia. • Cumplimiento de estándares del SOGC y protocolos institucionales. • Atención humanizada brindada. • Informes de gestión y cumplimiento normativo. • Registros de traslados internos del paciente. • Resultados de ayudas diagnósticas realizadas y documentadas. • Registros de satisfacción del usuario. 		
			H	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro y recepción del paciente en el servicio de urgencias. • Verificar la documentación del usuario (identificación, remisiones, historia clínica). • Clasificar al paciente según el protocolo de triage. • Informar y educar al usuario y su familia sobre el 				

CARACTERIZACION DE PROCESO

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
		<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de transporte interno (camillas, sillas de ruedas). Formularios para registros clínicos y administrativos. Recursos financieros para el mantenimiento de equipos e insumos. 		<p>proceso de diagnóstico y tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabilizar al paciente y administrar tratamientos iniciales según orden médica. Realizar ayudas diagnósticas y gestionar laboratorios requeridos por el médico. Organizar traslados internos del paciente según su estado clínico (camilla, silla de ruedas, oxígeno). Brindar soporte integral al paciente mediante la aplicación de guías de práctica clínica y protocolos. Notificar enfermedades de interés en salud pública y eventos 				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				adversos según normatividad. <ul style="list-style-type: none"> Garantizar el uso adecuado de equipos biomédicos calibrados y medicamentos. Ejecutar programas de humanización y normas de bioseguridad en todas las interacciones. Realizar el recibo y entrega de turno documentado entre el personal asistencial. 				
			V	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la adherencia a protocolos, guías de atención y estándares del SOGC. Monitorear los indicadores de tiempo de atención, seguridad del paciente y calidad. Analizar eventos adversos y 				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				notificaciones realizadas. <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el correcto diligenciamiento de la historia clínica y órdenes médicas. • Auditar el uso de insumos, medicamentos y dispositivos médicos en el servicio. • Evaluar la satisfacción del usuario mediante encuestas y retroalimentación. • Revisar la efectividad del plan de emergencias hospitalarias mediante simulacros y auditorías. • Generar informes de evaluación del cumplimiento de procesos y protocolos. 				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
			A	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar acciones correctivas y preventivas basadas en resultados de auditorías. • Actualice los protocolos y guías clínicas según hallazgos y normativas recientes. • Ajustar la planificación de recursos humanos, insumos y equipos según las necesidades identificadas. • Realizar capacitaciones específicas en áreas críticas detectadas durante la evaluación. • Implementar estrategias de mejora continua en seguridad del 				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				paciente y humanización. <ul style="list-style-type: none"> • Formular planes de mejora en los procesos con base en el análisis de indicadores y eventos adversos. • Notificar a las autoridades pertinentes cualquier incumplimiento o hallazgo crítico. • Asegurar el seguimiento y cumplimiento de las acciones de mejora implementadas. • Documentar las lecciones aprendidas y replicar buenas prácticas en otros servicios del hospital. • Realizar seguimiento periódico al impacto de las acciones 				


PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				correctivas en los indicadores de calidad.				

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolos de urgencias. Guías de práctica clínica para urgencias. Planes de contingencia y simulacros. Normograma institucional. Informes de auditoría interna y externa. 	<ul style="list-style-type: none"> Retrasos en la atención inicial de los pacientes. Insuficiencia de recursos en situaciones de alta demanda. Incumplimiento de protocolos de atención. Baja satisfacción del usuario debido a tiempos de espera prolongados. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de cumplimiento de tiempos de atención según nivel de triage (%). Tasa de eventos adversos en urgencias (%). Índice de satisfacción del usuario (%). Número de capacitaciones realizadas en manejo de emergencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 3100 de 2019 (Estándares de Habilitación en Salud). Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud). Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Médicos, enfermeros, personal administrativo, auxiliares de enfermería.	Equipos médicos de urgencias, infraestructura adecuada, sistemas de información.	Presupuesto para insumos médicos y mantenimiento de equipos.

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	En el formato se actualiza el encabezado	Se actualiza logo institucional y encabezado de formato según el nuevo sistema de gestión de la calidad de la institución. Documento nuevo.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA		CODIGO: GAU-Ca- 001
	NIT: 892170002-1		VERSION: 01
	CARACTERIZACION DE PROCESO		FECHA: 14/01/2025
			PAGINA: 1 de 1

TIPO DE PROCESO			
Estratégico	X	Misional	Apoyo
			Evaluación

PROCESO:	GESTION DE ATENCION AL USUARIO
Objetivo:	Garantizar una atención centrada en el usuario, asegurando el acceso oportuno, trato digno y resolución efectiva de sus necesidades en salud, promoviendo la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los derechos y deberes establecidos en la normatividad vigente.
Alcance:	Este proceso cubre todas las actividades relacionadas con la atención al usuario, desde la orientación inicial, agendamiento de citas, recepción de solicitudes, quejas y reclamos, hasta la evaluación de la experiencia del usuario y la implementación de mejoras continuas.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar una atención oportuna, humana y de calidad a los usuarios. • Garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios, conforme a la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud). • Promover la participación activa de los usuarios en la evaluación y mejora de los servicios. • Implementar mecanismos efectivos para la gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS).
Responsable del proceso:	Coordinador de servicios asistenciales - profesional de apoyo atención al usuario

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Oficina de Atención al Usuario	Responsable de Atención al Usuario
	Áreas misionales y de apoyo	Jefes de Servicios
	Coordinación Administrativa	coordinador Administrativo
	Coordinación Asistencia	Coordinador asistencial
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Procesos de Gestión de la Institución Políticas de atención, registros de quejas y reclamos, manuales operativos	Usuarios y sus familias, Alianzas de usuarios, EAPB, Entidades de vigilancia y control, Veedurías, Secretaria de salud departamental y municipal.	Plan de Desarrollo Institucional, Plan de Gestión, POA'S, Manual de Procesos y Procedimientos, Estándares de Acreditación, Normatividad Vigente, Resoluciones, Políticas Institucionales, Diagnóstico de necesidades y expectativas de los	P	. Diseño de políticas y protocolos de atención al usuario. Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios. realizar el cronograma de actividades de atención y satisfacción al usuario, cronograma de	Responsable de Atención al Usuario	Usuario informado y orientado sobre sus derechos y deberes en salud, usuario con respuesta a petición, queja o reclamo, usuarios con necesidades atendidas, alianza de usuarios renovada y capacitada, informe de	Procesos Institucionales, Gerencia, Colaboradores	Usuarios y familias, Entidades Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas, comunidad en general, entidades de

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
	organismos de inspección, vigilancia y control.	usuarios y partes interesadas, Informes de PQRS. Informe de auditorias Auditoria externa Auditoria interna Comunicaciones Internas con solicitud de información		capacitaciones y reuniones de alianzas de usuarios		resultado de encuestas, informe de PQRSF. plan de mejora y evidencias de cumplimiento Informe de auditoría y plan de mejora Respuesta a comunicaciones internas, informes, consolidados		vigilancia y control, alianza de usuarios
			H	Orientación y acompañamiento al usuario en el acceso a servicios Gestión de citas y trámites administrativos relacionados. Recepción y gestión de PQRS. Apertura de buzones, aplicar encuestas de satisfacción, análisis de resultados, capacitar a usuarios, funcionarios y alianzas Realizar informes para clientes internos y externos. Realizar reporte de información según normatividad vigente				
			V	Evaluación de la satisfacción del usuario mediante encuestas y análisis.				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				<p>Seguimiento a la gestión de PQRS y análisis de indicadores de atención.</p> <p>Verificar mediante seguimiento al indicador Grado de Satisfacción.</p> <p>Verificar mediante seguimiento al indicador proporción de quejas resueltas.</p>				
			A	<p>Implementación de planes de mejora continua basados en resultados.</p> <p>Ajustes en los protocolos y políticas de atención</p>				

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Políticas y protocolos de atención al usuario. Manual de PQRS. Encuestas de satisfacción. Informes de gestión de PQRS. Planes de mejora continua. 	<ul style="list-style-type: none"> Insatisfacción de los usuarios debido a demoras o trato inadecuado. Incumplimiento de normativas de atención al usuario. Baja resolución de PQRS en tiempo y forma. Desconocimiento de derechos y deberes por parte de los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Índice de satisfacción del usuario (%). Tiempo promedio de resolución de PQRS (días). Número de quejas resueltas en el primer contacto (%). Número de capacitaciones realizadas al personal en atención al usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud). Resolución 3100 de 2019. Decreto 1757 de 1994 (Participación social en salud). Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1	CODIGO: GAU-Ca- 001
		VERSION: 01
		FECHA: 14/01/2025
CARACTERIZACION DE PROCESO		PAGINA: 4 de 1

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Responsable de Atención al Usuario, personal de apoyo en áreas misionales.	Infraestructura adecuada para atención presencial, sistemas de información para PQRS.	Presupuesto asignado para actividades de mejora y capacitación.

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	En el formato se actualiza el encabezado	Se actualiza logo institucional y encabezado de formato según el nuevo sistema de gestión de la calidad de la institución. Documento nuevo.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEE ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

CARACTERIZACION DE PROCESO

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA
Objetivo:	Garantizar la dirección estratégica de la institución mediante la formulación, implementación y seguimiento de políticas, planes y proyectos que aseguren el cumplimiento de la misión y visión institucional, optimizando los recursos disponibles y promoviendo la prestación de servicios de salud de alta calidad, en consonancia con las necesidades de la comunidad y la normatividad vigente.
Alcance:	Este proceso abarca desde la definición del direccionamiento estratégico (misión, visión, valores y objetivos institucionales), pasando por la planificación y ejecución de planes estratégicos y operativos, hasta la evaluación y ajuste de estrategias para garantizar la mejora continua y la sostenibilidad de la institución.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de la normatividad vigente en materia de salud y gestión pública. • Transparencia y rendición de cuentas en todas las actuaciones institucionales. • Participación activa de los diferentes actores institucionales en la planificación y ejecución de estrategias. • Enfoque en la mejora continua y la calidad en la prestación de servicios de salud
Responsable del proceso:	Gerente

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Oficina de Planeación	Coordinador de Planeación
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad
	Coordinación Administrativa	coordinador Administrativo
	Coordinación Asistencia	Coordinador asistencial
	Junta Directiva	Miembros de la Junta

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Procesos Institucionales, Junta Directiva, Gerente	DAFP, DNP, Oficinas de planeación entidades territoriales ,Ministerio de Salud y la protección Social, Entidades ,EAPB Publicas y	Plan de Desarrollo Nacional Plan de Desarrollo Departamental Lineamientos Nacionales Lineamientos Departamentales Normatividad Legal Vigente Circulares y Lineamientos Informe de desarrollo de actividades	P	Definir, evaluar y gestionar objetivos estratégicos, estructurar planes, programas y proyectos.	Gerente Junta directiva	Plan de gestión institucional, Plan de desarrollo, Plataforma estratégica, Planes de acción, Plan anticorrupción y atención al ciudadano, Informes de gestión, Rendición de cuentas, Proyectos viabilizados con recursos	Procesos Institucionales, Junta Directiva, Colaboradores	: Usuarios y familias, Entidades Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas, Superintendencia Nacional de
			H	Gestionar la implementación de las políticas institucionales, planes programas y proyectos , realizar comités de direccionamiento				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
	privadas, Superintendencia Nacional de Salud, organismos de inspección, vigilancia y control.	de cada uno de los procesos		estratégico, campañas de comunicación		y relacionados al cumplimiento al plan de desarrollo, Piezas gráficas, Comunicaciones internas y externas, Campañas publicitarias y estrategias IEC (Información, educación, comunicación)		Salud, organismos de inspección, vigilancia y control.
			V	Implementar evaluaciones a la plataforma institucional, seguimiento de indicadores de gestión, políticas, planes programas y proyectos y mapas de riesgo				
			A	:realizar planes de mejoramiento y evaluación de la gestión institucional				

• DOCUMENTOS ASOCIADOS	• RIESGOS	• INDICADORES	• REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico Institucional Planes Operativos Anuales Informes de gestión Manual de calidad Normograma Procedimientos y protocolos institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> Desviación de los objetivos institucionales. Incumplimiento de normativas legales. Falta de recursos para la ejecución de acciones. Resistencia al cambio por parte del personal 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de cumplimiento de los objetivos estratégicos (%). Grado de satisfacción de los usuarios externos e internos (escala de 1 a 5). Ejecución presupuestal respecto al plan operativo anual (%). Número de acciones de mejora implementadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud). Decreto 612 de 2018 (Plan de Gestión Integral de la Calidad en Salud). Resolución 2003 de 2014 (Manual de Procesos y Procedimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud). Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1	Código: GDE-Ca- 001
	CARACTERIZACION DE PROCESO	Versión: 01 Fecha: 14/01/2025
		Página: 3 de 1

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Miembros de Junta directiva, directivos, líderes de procesos, Asesores y profesionales especializados de apoyo.	Oficinas, sala de juntas, Sistemas de información y comunicaciones	Presupuesto Institucional

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	INICIAL	Creación del documento inicial.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

CODIGO: GIC-Ca- 001

VERSION: 01

FECHA: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

PAGINA: 1 de 1

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

Apoyo

Evaluación

PROCESO:	GESTION INTEGRAL DE LA CALIDAD
Objetivo:	Asegurar la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad del hospital, promoviendo la prestación de servicios de salud seguros, eficaces y centrados en el usuario, conforme a la normatividad vigente y las necesidades de la comunidad.
Alcance:	Este proceso inicia con la planificación y diseño del Sistema de Gestión de Calidad, abarca su implementación, monitoreo y evaluación, y culmina con la mejora continua, aplicándose a todos los servicios y áreas del hospital.
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento con los requisitos legales y normativos establecidos en el Decreto 612 de 2018, Resolución 3100 de 2019, y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS). • Fomento de una cultura de calidad y seguridad en la atención en todas las áreas del hospital. • Monitoreo constante de indicadores y resultados para garantizar la mejora continua. • Enfoque centrado en el usuario, asegurando su participación en la evaluación y mejora de los servicios.
Responsable del proceso:	Responsable de Calidad del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	DEPENDENCIA	CARGO
	Oficina de Calidad	Responsable de calidad
	Oficina de Planeación	Coordinador de Planeación
	Coordinación Administrativa	coordinador Administrativo
	Coordinación Asistencia	Coordinador asistencial
	Servicios Misionales	Jefes de Servicios

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
Procesos Institucionales, Junta Directiva, Gerente	DAFP, DNP, Oficinas de planeación entidades territoriales, Ministerio de Salud y la protección Social,	Plan de Desarrollo Institucional, Plan de Gestión, POA'S, Manual de Procesos y Procedimientos, Estándares de Acreditación, Normatividad Vigente,	P	Estructurar el sistema obligatorio de garantía de la calidad, los sistemas de gestión que aplique y las normas complementarias en la E.S.E. que permitan alcanzar nivel superior de calidad.	AUDITOR DE CALIDAD	Normatividad Aplicada (Sistema Único de Habilitación SUH, Sistema de Información para la Calidad SIC, Programa de Auditoria para el	Procesos Institucionales, Junta Directiva, Colaboradores	Usuarios y familias, Entidades Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) Publicas y privadas,

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
	Entidades ,EAPB Publicas y privadas, Superintendencia Nacional de Salud, organismos de inspección, vigilancia y control.	Resoluciones, Políticas Institucionales, Diagnóstico de necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas, Informes de PQRS, Informes de auditorías de control, Informes de Indicadores institucionales, Plan de capacitación institucional, Actas de comités, Análisis del Entorno.	H	<p>Gestionar el Sistema Único de Habilitación</p> <p>Gestionar el Sistema de Información para la Calidad</p> <p>Gestionar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad</p> <p>Gestionar el Sistema Único de Acreditación</p> <p>Acompañar la gestión de otros sistemas implementados en la institución</p> <p>Ejecutar Auditoria Interna de Calidad Procesos</p> <p>Gestionar y ejecutar comités institucionales</p> <p>Gestionar Ejes de Acreditación (Política, programa, plan, organización comité, ficha de indicador de política y medición de la cultura)</p>		<p>Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Sistema Único de Acreditación SUA)</p> <p>Capacitación a todos los colaboradores</p> <p>Resolución de comités</p> <p>Cronogramas</p> <p>Plan de Anual de Comités</p> <p>Seguimiento a Comités</p> <p>Articulación al SOGCS</p> <p>Administración del eje del riesgo para acreditación Sistema de Gestión implementado (verificado por auditoria)</p> <p>Lineamientos aplicados</p> <p>Informes en plataforma SISPRO y PISCIS</p> <p>Informe con oportunidades</p> <p>Plan de Mejora</p> <p>Informe de Auditoria Interna de Calidad</p> <p>Informe de Autoevaluación de Sistema Único de Habilitación SUH</p>		Superintendencia Nacional de Salud, organismos de inspección, vigilancia y control.
			V	Verificar el cumplimiento de la autoevaluación anual del Sistema Único de Habilitación (SUH)				

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
				<p>Medir la proporción de cumplimiento del Sistema de Información para la Calidad (SIC)</p> <p>Medir la proporción de cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)</p> <p>Verificar el cumplimiento al Sistema Único de Acreditación (SUA)</p> <p>Verificar el cumplimiento del acompañamiento en la gestión de otros sistemas</p> <p>Medir la proporción de cumplimiento del programa anual de auditorías internas de calidad</p> <p>Medir la proporción de cumplimiento de los comités institucionales</p> <p>Verificar el cumplimiento del eje de Seguridad del Paciente</p>		<p>Seguimiento al Plan de Mejora Auditoria Interna de Calidad</p> <p>Seguimiento al Plan de Mejora Sistema Único de Habilitación</p> <p>Inclusión de documentos al sistema de calidad de la institución</p> <p>Informe de Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación SUA</p> <p>Seguimiento al Plan de Mejora Sistema Único de Acreditación</p> <p>Aprendizaje Organizacional</p>		

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo	Insumo				Producto y/o Servicio	Interno	Externo
			A	Tomar las decisiones de acuerdo las desviaciones observadas Reprogramar auditorias, seguimiento y control a las acciones de mejora no terminadas.				

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
<ul style="list-style-type: none"> Manual de calidad Procedimientos Operativos Estandarizados (POE) Informes de auditoría interna y externa. Normograma institucional Plan de mejora continua 	<ul style="list-style-type: none"> Incumplimiento de normativas legales y estándares de calidad. Baja adherencia del personal a los procesos de calidad. Insuficiente gestión de riesgos en la atención. Deficiencias en la implementación de acciones correctivas y preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de cumplimiento de estándares de calidad establecidos (%). Número de auditorías internas realizadas. Índice de satisfacción del usuario (%). Tasa de incidentes reportados y gestionados adecuadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 612 de 2018. Resolución 3100 de 2019. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS). Ley 1438 de 2011 (Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud)

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros
Responsable de Calidad, personal de servicios misionales y administrativos.	Sistemas de información para gestión de calidad, infraestructura hospitalaria adecuada	Presupuesto asignado para implementación y mantenimiento del SGC

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	En el formato se actualiza el encabezado	Se actualiza logo institucional y encabezado de formato según el nuevo sistema de gestión de la calidad de la institución. Documento nuevo.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA

	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA NIT: 892170002-1	CODIGO: GIC-Ca- 001 VERSION: 01 FECHA: 14/01/2025
	CARACTERIZACION DE PROCESO	PAGINA: 5 de 1

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
AUDITOR DE CALIDAD		GERENTE

TIPO DE PROCESO

Estratégico

Misional

Apoyo

X

Evaluación

PROCESO:	GESTION DEL TALENTO HUMANO
Objetivo:	Gestionar de manera integral el talento humano del Hospital San Agustín de Fonseca, garantizando su desarrollo, bienestar y desempeño óptimo, en cumplimiento con la normatividad vigente en Colombia y alineado con los objetivos institucionales.
Alcance:	Este proceso abarca desde la planificación de necesidades de personal, reclutamiento, selección, vinculación, desarrollo, evaluación del desempeño, bienestar laboral, hasta la desvinculación del personal. Incluye la implementación de políticas de seguridad y salud en el trabajo, formación y capacitación continua, y la gestión de relaciones laborales, conforme a las directrices establecidas en el Plan Estratégico de Talento Humano y la Política Nacional de Talento Humano en Salud
Políticas de operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento Normativo: Asegurar que todas las actividades de gestión del talento humano se realicen conforme a la legislación laboral y sanitaria vigente en Colombia. • Desarrollo Integral: Promover el crecimiento profesional y personal de los empleados mediante programas de capacitación y bienestar. • Equidad y Transparencia: Garantizar procesos de selección y evaluación basados en méritos, promoviendo la igualdad de oportunidades. • Salud y Seguridad en el Trabajo: Implementar y mantener sistemas que aseguren un ambiente laboral seguro y saludable, en línea con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) • Mejora Continua: Fomentar la evaluación y retroalimentación constante de los procesos de gestión humana para optimizar su eficacia y eficiencia.
Responsable del proceso:	Coordinador de la Oficina de Talento Humano del Hospital San Agustín de Fonseca.

Participantes del proceso	Dependencia	Cargo
	Oficina de Talento Humano	Coordinador de la Oficina de Talento Humano
Área de Seguridad y Salud	Especialista en Seguridad y Salud	
Soporte Administrativo	Auxiliares Administrativos	
Oficina de calidad	Responsable de calidad	



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GTH-Ca- 001

Versión: 01

Fecha: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

Página: 2 de 1

PROVEEDOR-PROCESO		ENTRADA Insumo	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA Producto y/o Servicio	CLIENTE-PROCESO	
Interno	Externo						Interno	Externo
Todos los procesos institucionales	Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud, EPS. Normativa nacional, lineamientos del Ministerio de Salud.		P				. Áreas administrativas y asistenciales del hospital.	Usuarios del servicio, EPS, entes de control.
			H					
			V					
			A					

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299



ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA
NIT: 892170002-1

Código: GTH-Ca- 001

Versión: 01

Fecha: 14/01/2025

CARACTERIZACION DE PROCESO

Página: 3 de 1

DOCUMENTOS ASOCIADOS	RIESGOS	INDICADORES	REQUISITOS APLICABLES
			<ul style="list-style-type: none">

RECURSOS REQUERIDOS		
Humanos	Físicos y Tecnológicos	Financieros

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción del cambio
01	14/01/2025	Inicial	Creación del documento inicial..

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
ERIKA EGEA ROBLES AUDITOR DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA GERENTE

www.hospsanagustin.gov.co

Correo Electrónico secretaria@hospsanagustin.gov.co

Calle 15 No. 21 – 31 Fonseca (La Guajira). Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299