	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 1 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

# MANUAL DE CALIDAD

**UBICACIÓN:** Oficina de Calidad

**REFLEXIÓN:**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** Junio de 2022

“La calidad de tu servicio, depende de la calidad de tu personal”

## EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

**SEGURIDAD DEL  
PACIENTE**



**HUMANIZACIÓN**



**ENFOQUE DE RIESGO**




**GESTIÓN DE LA  
TECNOLOGÍA**



Elaboró: Calidad

Revisó: Comité de Archivo


Aprobó: Comité Institucional de  
Desarrollo Administrativo

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 2 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

CONTENIDO	
<p>Tabla de contenido</p> <p><b>1. INTRODUCCIÓN ..... 5</b></p> <p><b>1.1 Presentación de la Empresa ..... 6</b></p> <p>    <b>1.2 Plataforma Estratégica ..... 8</b></p> <p>    1.3 Compatibilidad ..... 13</p> <p><b>2. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN ..... 13</b></p> <p><b>3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES ..... 14</b></p> <p><b>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ..... 18</b></p> <p>    4.1 Requisitos Generales ..... 18</p> <p>    <b>4.2 Gestión Documental ..... 22</b></p> <p>        4.2.1 Generalidades ..... 23</p> <p>        <b>4.2.2 Manual de Calidad ..... 23</b></p> <p>        4.2.3 Control de Documentos ..... 25</p> <p>        4.2.4 Control de los Registros ..... 26</p> <p><b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN ..... 27</b></p> <p>    5.1 Compromiso de la Dirección ..... 27</p> <p>    5.2 Enfoque al Cliente ..... 28</p> <p>    5.3 Política de Calidad ..... 28</p> <p>    5.4 Planificación ..... 29</p> <p>        5.4.1 Objetivos de Calidad ..... 29</p> <p>        5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad ..... 30</p>	


Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 3 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

<b>5.5 Responsabilidad, Autoridad Y Comunicación .....</b>	<b>30</b>
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad .....	30
5.5.2 Representante de la Dirección .....	31
5.5.3 Comunicación Interna .....	32
<b>5.6 Revisión por la Dirección .....</b>	<b>33</b>
5.6.1 Generalidades .....	33
5.6.2 Información de entrada para la revisión.....	33
5.6.3 Resultados de la revisión .....	34
<b>6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS .....</b>	<b>34</b>
6.1 Provisión de Recursos.....	34
6.2 Talento Humano .....	34
6.2.1 Generalidades.....	34
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia.....	35
6.3 Infraestructura .....	36
6.4 Ambiente de Trabajo.....	36
<b>7. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO .....</b>	<b>37</b>
7.1 Planificación de la Realización de la Prestación Del Servicio .....	37
7.2 Procesos relacionados con el cliente .....	39
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio .....	39
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio .....	39
7.2.3 Comunicación con el cliente .....	39
7.4 Adquisición de Bienes y Servicios .....	40
7.4.1 Procesos de adquisición de bienes y servicios .....	40
7.4.2 Información para adquisición de bienes y servicios.....	41


Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 4 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

7.4.3 Verificación de los servicios adquiridos .....	41
7.5 Prestación del Servicio .....	42
7.5.1 Control de la prestación del servicio.....	42
7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio .....	42
7.5.3 Identificación y Trazabilidad.....	42
7.5.4 Propiedad del Cliente.....	43
7.5.5 Preservación del servicio .....	43
7.6 Control de los equipos de Seguimiento y Medición .....	43
<b>8. Medición, Análisis y Mejora .....</b>	<b>44</b>
8.1 Generalidades .....	44
8.2 Seguimiento y Medición .....	44
8.2.1 Satisfacción del cliente .....	44
8.2.2 Auditoría interna.....	45
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.....	63
8.2.4 Seguimiento y medición del servicio .....	63
8.3 Control del Servicio no Conforme.....	64
8.4 Análisis de Datos .....	64
8.5 Mejora .....	65
8.5.1 Mejora Continua.....	65
8.5.2 Acción correctiva y preventiva.....	65
8.6 Auditoría Externa .....	67
<b>9. Anexos .....</b>	<b>69</b>

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 5 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## 1. INTRODUCCIÓN

### Propósito del Manual de Calidad

El siguiente Manual tiene como propósito describir los Sistemas de Gestión de Calidad que se implementan y mantienen en Red Salud Armenia E.S.E, mediante la adopción de procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de control y de evaluación identificados y definidos por todas las unidades funcionales de Red Salud Armenia E.S.E

Describe las disposiciones adoptadas por la empresa para cumplir las políticas, objetivos, requisitos legales y normativos relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud, dada con el Decreto 1011 de 2006, el Decreto 4295 de 2007, Resolución 2181 de 2008, y las otras que le apliquen.

Se enuncia la política y objetivos de calidad, , el compromiso de la alta dirección, la interacción de procesos que aportan al logro de la misión institucional y nos enmarca la forma en que Red Salud cumple con los requisitos exigidos por el cliente, mediante la implementación del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad, como parte de un Sistema Integrado diseñado por la institución e interrelacionado con el Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, de acuerdo a las directrices emanadas por el Ministerio de la Protección Social.

Este Manual se encuentra a disposición de todos los colaboradores interesados en documentación de Calidad como guía fundamental para el buen entendimiento de los servicios, composición y propósito de la Red Salud Armenia, Empresa Social del Estado.

### **CONTROL Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD**

El manual de calidad es parte fundamental de la estructura documental del sistema de gestión de Red Salud; entra en vigencia una vez revisado por el Comité de calidad y aprobado por la Gerencia, en el. Será socializado mediante el Plan de comunicación organizacional interno y como es una herramienta para el uso de todas las personas

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 6 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

involucradas en el sistema y su existencia debe ser conocida por todos los funcionarios de Red Salud en todos los niveles jerárquicos. Es administrado por el líder del proceso de aseguramiento de la calidad.

Será publicado en un formato electrónico protegido en la página web [www.redsaludarmenia.gov.co](http://www.redsaludarmenia.gov.co), en la biblioteca virtual, enviado a los correos electrónicos y a través de la Intranet.

## 1.1 Presentación de la Empresa

### Reseña Histórica

Artículo 4 Objeto: será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantara las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de salud, definidos por los planes obligatorios y los niveles de complejidad del sistema de seguridad social en salud.

Artículo 5 Principios: serán principios de la empresa:


*Eficiencia:* definida por la mejor utilización de los recursos técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población a atender. Esta se logrará a través de la flexibilidad estructural y financiera y la adaptabilidad a las condiciones cambiantes del entorno.

*Calidad:* se garantizará con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo con los estándares aceptados sobre procedimientos científicos técnicos, y administrativos mediante la utilización de tecnología apropiada de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que se ofrecen y las normas vigentes en la materia.

Artículo 6. Objetivos:

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas.
- Prestar los servicios de salud a la población del Municipio de área urbana y rural, de conformidad con los planes obligatorios y niveles de complejidad del Sistema de Seguridad Social en Salud y demás que le sean posibles según los niveles de desarrollo y recursos.
- Ofrecer a las empresas Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 7 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y su funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los Reglamentos.
- Satisfacer las necesidades esenciales y secundarias de la salud de la población usuaria a través de acciones gremiales, organizativas, técnico- científicas y técnico administrativas.
- Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de recursos, capacidad competitiva, rentabilidad social y financiera.

Según lo establecido en el artículo 7º del acuerdo N° 016 del 98, son funciones de Red Salud:

- Prestar los servicios de salud en el municipio de Armenia. Correspondientes al primer nivel de complejidad a los afiliados, beneficiarios y vinculados del sistema de seguridad social integral dentro de los parámetros y principios que lo rigen.
- Prestar excepcionalmente servicios de II y III nivel de salud en desarrollo del artículo 3º literal e) de la ley 10 de 1990 siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y garantice debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud previo
- acuerdo con el departamento, a través de la dirección departamental de salud
- Ejecutar y supervisar la prestación de servicios de salud integral a las personas en su fase de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Programar de manera racional la distribución de los recursos asignados para el cumplimiento de sus responsabilidades
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en el municipio de Armenia, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, seccionales y municipales.
- Elaborar los programas específicos que se deban adelantar en materia de atención en salud, a partir del diagnóstico y pronóstico de la problemática de salud, los cuales deben estar en concordancia con las políticas y planes adoptados por la dirección local de salud.
- Apoyar las acciones de estímulo para el desarrollo de los mecanismos de participación comunitaria en los términos señalados por la ley y sus decretos reglamentarios.
- Cumplir las políticas y normas trazadas por el consejo nacional de seguridad social en salud, ministerio de salud, en coordinación con la dirección seccional y local de salud.
- Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento para el personal de

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 8 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

Red Salud Armenia E.S.E., en coordinación con la dirección local de salud.

- Promover la integración funcional.
- Administrar su presupuesto y asignar sus recursos en atención a la cantidad, calidad y costo de los servicios programados, teniendo en cuenta el régimen tarifario definido para el sistema de seguridad social de conformidad con las normas vigentes, los mecanismos de control interno y fiscal.
- Aplicar los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes remitidos por el sistema municipal y departamental de salud, directamente o mediante contratos con entidades que presten servicios de salud, ya sea públicas, privadas o del sector solidario.
- Estimular la atención preventiva, familiar y extra hospitalaria conforme las definiciones legales de los planes obligatorios para las actividades de educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Participar en las acciones de los programas de atención al medio ambiente conforme la política de la secretaria de salud municipal, para el control de los factores de riesgo.
- Contribuir al diagnóstico del estado de salud – enfermedad de la población atendida y de los factores de riesgo determinantes, de manera que sean insumo para el plan de salud municipal.
- Cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud, para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones prestadoras del primer nivel de atención. Apoyar en la medida de sus posibilidades las acciones de vigilancia y control relacionadas con las normas de orden sanitario previstas en el código sanitario nacional y su reglamentación.
- Coordinar con las autoridades educativas, los campos y tiempos de práctica que deben preverse en los planes de formación del recurso humano en salud, requeridos para la garantía de calidad de los servicios.
- Cumplir las normas sobre seguridad industrial y salud ocupacional en los organismos prestadores del primer nivel de atención pertenecientes a la empresa.
- Las demás que legalmente le correspondan y que se le atribuyan.


## 1.2 Plataforma Estratégica

La junta directiva, mediante acta número 99 del 31 de marzo de 2011, aprobó la inclusión del proceso de investigación en la misión, visión, y en la estructura organizacional de la entidad.

**MISIÓN:** Atender las necesidades y los problemas de salud de la población de Armenia,

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 9 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

mediante la prestación de servicios de baja complejidad, en los diferentes puntos de atención ubicados estratégicamente en toda la ciudad, ofreciendo una amplia cobertura, servicio cálido y un modelo de atención con enfoque preventivo y de gestión del riesgo.

Generar la investigación clínica, mediante un permanente esfuerzo técnico y humano en nuestro Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) en conjunto con los patrocinadores públicos o privados, para que se incremente el número y la calidad de los estudios clínicos en la Región.

**VISIÓN:** REDSALUD Armenia E.S.E, será reconocida por la excelente calidad en la prestación de los servicios de salud, modelo en desarrollo e innovación de programas especiales, investigación clínica y servicio al cliente gracias a su avance en tecnología e infraestructura y un equipo humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua, asegurando su rentabilidad social y financiera.

**ESTRUCTURA ORGÁNICA:** Estructura orgánica de Red Salud Armenia E.S.E, aprobada a través del Acuerdo N.12 del 2016



Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



**EMPRESA SOCIAL DEL  
ESTADO  
ARMENIA QUINDÍO  
NIT. 801001440-8**

Código: E-DE-C-M-018

Versión: 4

Fecha de actualización: 29/06/2017

Fecha de revisión: 19/11/2014

Página: 10 de 76

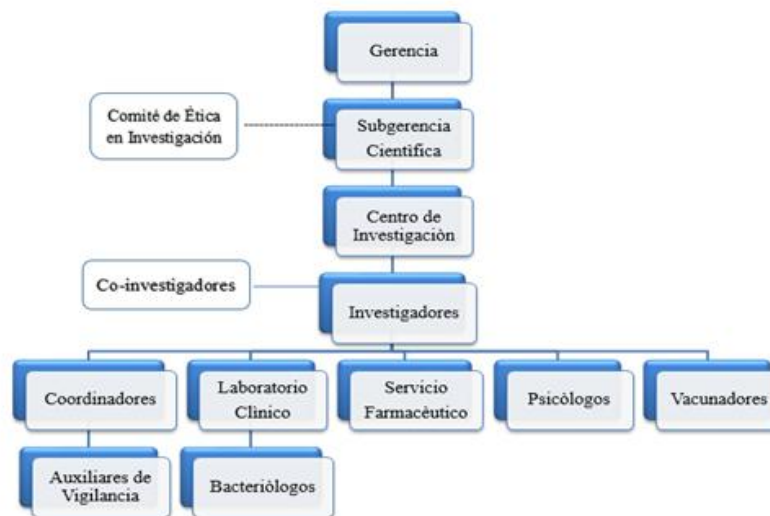
**Nombre del  
Documento:**

Manual de Calidad

**Unidad Administrativa:**

Subgerencia Científica

## ESTRUCTURA ORGANICA CENTRO DE INVESTIGACION



### PRINCIPIOS

Los principios son las bases o normas morales que deben existir en toda organización. Los cuales unidos a los valores comunes, a la misión y siendo claramente identificados, contribuyen al desarrollo organizacional. Los principios adoptados por Red salud E.S.E. son:

- **Mejoramiento continuo:** La empresa comprometerá todos sus recursos normativos, técnico-científicos, tecnológicos, administrativos y financieros, con el fin de aumentar la capacidad resolutoria para cumplir los requisitos, optimizar su desempeño, que le permitan responder con oportunidad, pertinencia, y competitividad a los cambios, para que,

Elaboró: Calidad

Revisó: Comité de Archivo

Aprobó: Comité Institucional de  
Desarrollo Administrativo

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 11 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

soportado en un cliente interno comprometido, logre resultados de gestión mediante el cumplimiento de sus competencias laborales.

- Oportunidad: La organización cumplirá a tiempo y con calidad las responsabilidades asignadas para que la prestación de los servicios en salud se ofrezca a clientes y usuarios en el momento en que se requieran.
- Eficacia: La organización se caracterizará por realizar las actividades planificadas, con gestión, cumplimiento y orden para alcanzar las metas programadas.
- Eficiencia: Los servidores públicos y contratistas de REDSALUD ARMENIA E.S.E, deben actuar con conciencia en la racionalización del uso de los recursos, de tal manera que proyecten una imagen de transparencia en su gestión y de calidad en sus funciones.
- Efectividad: La empresa laborará en coordinación a la relación entre los resultados alcanzados y la utilización de los recursos técnico-científicos, tecnológicos, humanos, administrativos y financieros disponibles, de manera que pueda cumplir con los impactos deseados a nivel de rentabilidad financiera y social.
- Universalidad: REDSALUD ARMENIA E.S.E, garantizará que el derecho a la protección humanitaria para todas las personas residentes en el territorio colombiano como obligación del estado, se cumpla en toda la organización con todo su potencial humano sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida para acceder a los beneficios consagrados en la Constitución política, a través del Sistema General de Seguridad Social en salud, bajo los parámetros de pertinencia, oportunidad, continuidad, accesibilidad y seguridad.

## VALORES ORGANIZACIONALES

- Honestidad: El talento humano de la organización actuará con rectitud, puntualidad, transparencia, orden, responsabilidad consigo mismo y con la empresa, con calidad en el desempeño de su labor, con el máximo desarrollo de sus funciones; dando ejemplo ante los demás servidores públicos y ante la comunidad en general.
- Respeto: Los funcionarios de REDSALUD ARMENIA E.S.E ejercerán la atención y consideración para con los demás y consigo mismo, cuidando de no discriminar ni menospreciar la dignidad humana
- Responsabilidad: La organización cumplirá debidamente las funciones, responsabilidades, actividades, normas, procedimientos, jerarquías y lo relacionado con la funcionalidad total de la empresa.
- Compromiso: El talento humano de la organización debe reflejar con su trabajo el compromiso con la empresa, el usuario, su familia y la comunidad, en su condición de

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 12 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------


servidores públicos o contratistas del estado, además de asumir este como una responsabilidad para el mejoramiento continuo.

- **Lealtad:** Los servidores públicos o contratistas de REDSALUD ARMENIA E.S.E asumirán el compromiso de fidelidad, rectitud y confianza actuando siempre en bien de la Empresa y con amplio sentido de pertenencia.
- **Trabajo en equipo:** La organización como eje central para la adecuada planeación y realización de las actividades diarias ejercerá el intercambio y la unión de acciones, experiencias e ideas para lograr un resultado óptimo con el aporte y solidaridad de los funcionarios quienes armonizan sus acciones para el cumplimiento de metas propuestas y aseguran un rápido y efectivo desarrollo de los objetivos comunes.
- **Solidaridad:** La empresa tendrá una característica fundamental de solidaridad, para expresar el sentimiento que impulsa a los funcionarios de la entidad a prestarse ayuda mutua, respeto, compañerismo y apoyo adoptando una forma de comportamiento que genere beneficios para la vida empresarial e individual.
- **Ética:** REDSALUD ARMENIA E.S.E ejercerá en su talento humano una conducta personal, equilibrada y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio con la dignidad que corresponde al ser humano.

### **PRINCIPIOS BÁSICOS EN INVESTIGACIÓN MÉDICA**

- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
- En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- El progreso de la medicina se basa en la investigación.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración de Helsinki.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 13 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

dignidad de del ser humano.

- Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

### VALORES EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

- Ética
- Idealismo
- Humanismo
- Altruismo
- Generosidad
- Tenacidad y dinamismo
- Vocación por la excelencia
- Honestidad intelectual y rigor científico
- Responsabilidad social

### 1.3 Compatibilidad

La complementariedad de los sistemas de gestión existentes en Red Salud Armenia ESE “NTCGP 1000, MECI Y SOGC, se evidencia a través de elementos tales como direccionamiento estratégico, gestión por procesos, el mejoramiento continuo, la auditoría interna la cual conllevan a la disminución de las brechas entre lo esperado y lo observado, generando un control de la gestión de los procesos y del riesgo tanto en la administración como en la prestación del servicio.

## 2. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

### OBJETIVO

Establecer un sistema de gestión de calidad, que permita la compatibilidad con el SOGC, MECI y NTCGP 1000, como herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional. En términos de calidad, gestión del riesgo administrativo y

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 14 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

asistencial en pro de la satisfacción del usuario

## APLICACIÓN

Este manual es de aplicación a todos los servicios y centros de salud de la Red Salud armenia E.S.E.


Las exclusiones, están restringidas a los requisitos expresados en el numeral 7.3, y tales exclusiones no deben afectar la capacidad o responsabilidad de la entidad para proporcionar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos del cliente y los legales que le son aplicables.

## 3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **Acción correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- **Acción preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
- **Adquisición de bienes y servicios:** Cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la función de la entidad.
- **Alta dirección:** Persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad.
- **Ambiente de trabajo:** Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- **Auditoría interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.
- **Autoridad:** Poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Capacidad de una entidad:** Aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple los requisitos para ese producto o servicio.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--




	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 15 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- **Cliente:** Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
- **Competencia:** Aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.
- **Concesión:** Autorización para utilizar o liberar un producto y/o servicio que no es conforme con los requisitos especificados.
- **Confirmación metrológica:** Conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición cumple con los requisitos para su uso previsto.
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito
- **Control de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada a la verificación y al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Diseño y desarrollo:** Conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.
- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Efectividad:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Enfoque basado en procesos:** Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado.
- **Entidades:** Entes de la Rama Ejecutiva del poder público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.
- **Equipo de medición:** Instrumento, software, patrón, material de referencia o equipos auxiliares, o combinación de ellos, necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.
- **Especificación:** Documento que establece requisitos.
- **Estructura de la entidad:** Distribución de las diferentes unidades o dependencias con sus correspondientes funciones generales, requeridas para cumplir la función de la entidad dentro del marco de la Constitución y la Ley.
- **Gestión:** Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 16 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- **Gestión documental:** Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
- **Infraestructura:** Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.
- **Manual de la calidad:** Documento que describe y especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una entidad.
- **Mejora continua:** Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Misión de una Entidad:** se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.  
El
- SOGC precisa la misión y la visión que determinan el rumbo, de una forma ética y en función de su razón de ser, de sus colaboradores y de la comunidad para la que trabaja; cómo define los principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la organización. Propósito estándares de Direccionamiento. (Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1).
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Objetivo de la calidad:** Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Parte interesada:** Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad.
- **Planificación de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.
- **Política de la calidad de una entidad:** Intención(es) global(es) y orientación(es) de una entidad relativa(s) a la calidad tal como se expresa(n) formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Producto y/o servicio:** Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
- **Proveedor:** Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 17 de 76


<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Responsabilidad:** Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
- **Riesgo:** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.
- **Satisfacción del cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- **Sistema:** Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.
- **Sistema de Gestión de la Calidad para entidades:** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
- **Trazabilidad:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
- **Validación:** Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
- **Verificación:** Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

**SIGLAS:**

- **MECI:** Modelo Estándar de Control Interno
- **NTCGP:** Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
- **SOGC:** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 18 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### 4.1 Requisitos Generales

La ESE estableció el modelo de operación fundamentado en procesos, que se interrelacionan entre sí, facilitando su aplicación y funcionamiento en la Administración, que permite mantener un SOGC y un MECI implementados y documentados, donde su interacción agrupa sistemáticamente 4 niveles de MACROPROCESOS, que garantizan una ejecución eficiente, orientando la ruta de navegación y armonizando la misión y la visión institucional para el logro de los objetivos de la institucional.

**MACRO-PROCESOS ESTRATÉGICOS:** Sirven para formular y revisar el direccionamiento estratégico de Red Salud enmarcado en los objetivos, las políticas la misión y la visión (carta de navegación de la institución).

**MACRO-PROCESOS MISIONALES:** Son los que contribuyen con el cumplimiento de la misión de la entidad y de las funciones que establecen la Constitución y las Leyes de acuerdo con su nivel y naturaleza jurídica.

**MACRO-PROCESOS DE APOYO:** Contribuyen con la gestión de los recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos que son necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

**MACRO-PROCESOS DE EVALUACIÓN:** Sirven para realizar control de verificación y evaluación, permitiendo hacer seguimiento de manera objetiva para medir el desempeño y la mejora continua de la gestión institucional.

De igual forma se tienen documentados los siguientes programas de atención, los cuales complementan el cumplimiento de la misión en lo relacionado con el modelo de atención con enfoque preventivo y de gestión del riesgo.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 19 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

La identificación de procesos y procedimientos se realizó con la participación de la Alta Dirección, los líderes de proceso y los coordinadores, según los 4 niveles de macro procesos establecidos en el Modelo de Operación; como resultado de este trabajo se elaboró el mapa de procesos de la entidad y se asignaron responsabilidades para los 33 procesos y 122 procedimientos, que se explican en el Manual de Procesos y Procedimientos de Red Salud Armenia E.S.E. Ver Matriz de identificación de procesos y procedimientos.

Este esquema fue definido teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Macro procesos
- Procesos
- Procedimientos
- Actividades
- Punto de control
- Responsables
- Recursos
- Documentación aplicable
- Registros

Se realizó la caracterización de cada uno de los procesos, definiendo:

- Macro procesos
- Proceso
- Procedimientos
- Proveedor
- Entrada
- Actividades
- Salidas
- Clientes

Red Salud Armenia ESE, estableció los criterios para asegurar la operación de los procesos,

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 20 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

la asignación de recursos e información, la medición, seguimiento y control a través de: la generación del plan de gestión, operativizado a través de planes de acción y el plan de desarrollo institucional

- **PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE RED SALUD ARMENIA E.S.E**, este plan contiene las metas de gestión y resultados relacionados con:

Gestión de Dirección y Gerencia, tiene un peso porcentual del 20% y está encaminado al cumplimiento de logros estratégicos, tales como la continuidad en el Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, y la gestión en el desarrollo del Plan estratégico de la institución, con sus planes operativos y de mejoramiento institucional.

Gestión financiera y administrativa, con peso porcentual del 40% y un contenido relacionado con el equilibrio operacional, crecimiento y mantenimiento de la participación en el mercado, la evolución del gasto por unidad del valor relativo, y todo lo atinente a la producción y venta de servicios, recaudos y manejo racional del gasto.

Gestión clínica o asistencial, con un peso ponderado del 40% unas líneas de acción relacionadas con el manejo ambulatorio, hospitalario del paciente y la calidad y resultados en su prestación.


El anterior plan es diseñado para un periodo de cuatro años y se ejecuta a través de planes de acción anual, elaborados desde el área de planeación.

La evaluación es anual, la realiza la junta directiva y llevada a cabo antes del 01 de abril, del año siguiente a la vigencia evaluada.

- **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL:** Son las líneas estratégicas anuales que se fija la institución, desarrollado a través de planes operativos anuales de cada proceso, y contiene elementos tales como actividades, responsables, metas e indicadores que permiten la asignación de recursos humanos y materiales a las acciones que harán posible el cumplimiento de las metas y objetivos de un proyecto específico.

A través del POA se crean estrategias para lograr las políticas fijadas por la dirección,

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 21 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

además que constituye una herramienta por medio de la cual, la oficina de control interno evaluará la gestión de las dependencias.

La elaboración del POA es responsabilidad del jefe de la dependencia y debe contar con la participación activa de al menos el 50% de los funcionarios. Sin embargo, para fines operativos el jefe de la dependencia puede conformar un grupo que diligencie los formatos y consolide el POA de la dependencia.

La evaluación del plan operativo permite verificar las acciones realizadas y las razones por las cuales se dieron los incumplimientos, para lo cual se deben de establecer las medidas correctivas pertinentes según sea el caso, dicho seguimiento es llevado a cabo por el área de planeación y verificado por la oficina de control interno y se hace de forma trimestral.

## **CONTROL DEL RIESGO**


### **Política de administración del riesgo**

La política de riesgos en Red Salud Armenia E.S.E. se definió en el comité de control interno y se enmarca en la identificación de las opciones para tratar y manejar los riesgos que se generan en la ejecución de los procesos, que una vez valorados los riesgos permitan tomar decisiones adecuadas y establecer lineamientos para su administración y guías de acción a seguir por los responsables de los procesos y servidores de la entidad.

Entre las opciones que se presentan en la evaluación de los eventos negativos, bien sea de carácter interno o externo que afectan el logro de los objetivos institucionales o eventos positivos que permiten identificar oportunidades para el cumplimiento de las funciones y que se pueden considerar en forma independiente o interrelacionada están:

- Evitar el riesgo, que consiste en la toma de medidas para prevenir su ocurrencia. Es la primera opción que se considera
- Reducir el riesgo, que se orienta a la adopción de medidas preventivas para disminuir su probabilidad de ocurrencia.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 22 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## Política de seguridad del paciente

La Política de seguridad del usuario se encuentra liderada desde la gerencia, con directrices que parten desde su plataforma estratégica, logrando la integralidad de sus políticas y procesos institucionales, utilizando como estrategias la educación al cliente interno y a los usuarios, promoción de herramientas institucionales, coordinación con los diferentes actores de la institución, articulación con el sistema obligatorio de garantía de la calidad, MECI y NTCGP 1000 y generación de barreras de seguridad, en aras de fortalecer las prácticas seguras y la cultura de la calidad en su personal, minimizando los riesgos e impactando en la satisfacción del usuario.

Por lo anterior Red Salud Armenia E.S.E, comprometido con la seguridad del usuario y su familia, fortalece la cultura de la seguridad y la humanización en la atención, disponiendo de recurso humano, tecnológico y técnico, para desarrollar acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de la prestación de los servicios de salud. Su cumplimiento se genera a través del compromiso de todos (as), incluyendo al usuario y sus familias, y del desarrollo del programa de seguridad del paciente

### **PAMEC (Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad)**

Este plan de mejoramiento adopta como herramienta de priorización para las oportunidades de mejoramiento a trabajar durante cada vigencia, los siguientes criterios de valoración teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social.

Riesgo, Costo y Volumen

- Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

## 4.2 Gestión Documental

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 23 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

#### 4.2.1 Generalidades

Red Salud Armenia ESE cuenta con una política de calidad la cual permite evidenciar el compromiso institucional con el mejoramiento continuo basado en procesos, incluyendo el proceso de investigación. Dentro de los objetivos de calidad se incluyen componentes tales como el fortalecimiento de las capacidades organizativas, educación continuada, mejoramiento de los procesos, satisfacción del usuario y participación en investigación entre otros, los cuales son de vital importancia para el cumplimiento del sistema de gestión de calidad cuyo funcionamiento está establecido mediante el presente manual de calidad.

Dentro de su sistema de gestión documental de Red Salud Armenia E.S.E se cuenta con el manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, guías, protocolos, manuales y programas de atención, un sistema de control de documentos y control del registros direccionados desde la oficina de planeación, manual de calidad y metodología de elaboración del Plan de Auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC) y programa de seguridad del paciente liderados desde la oficina de calidad; un plan de auditorías internas a procesos elaborado por la oficina de control interno y el seguimiento a la ejecución de planes de acción del plan de desarrollo, llevado a cabo por el área de planeación. Cada proceso dependiendo del desempeño de los mismos en cuanto al cumplimiento de los requisitos legales, organizacionales y de la norma, realiza acciones correctivas y/o preventivas las cuales son monitoreadas por las áreas de calidad, planeación o control interno, según corresponda.

#### 4.2.2 Manual de Calidad

##### **ALCANCE**

Este manual es de aplicación para todos los procesos misionales, gerenciales, de apoyo y de control, identificados en el mapa de procesos de la E.S.E, para dar cumplimiento a cada uno de los atributos de la calidad: accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad.

Enuncia la política para la administración de la calidad, dentro de un enfoque integral orientado a mantener y mejorar la salud y calidad de vida de la comunidad sujeto de la

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 24 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

atención en salud.

**Macro procesos Red Salud Armenia ESE**

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--





**EMPRESA SOCIAL DEL  
ESTADO  
ARMENIA QUINDÍO  
NIT. 801001440-8**

Código: E-DE-C-M-018

Versión: 4

Fecha de actualización: 29/06/2017

Fecha de revisión: 19/11/2014

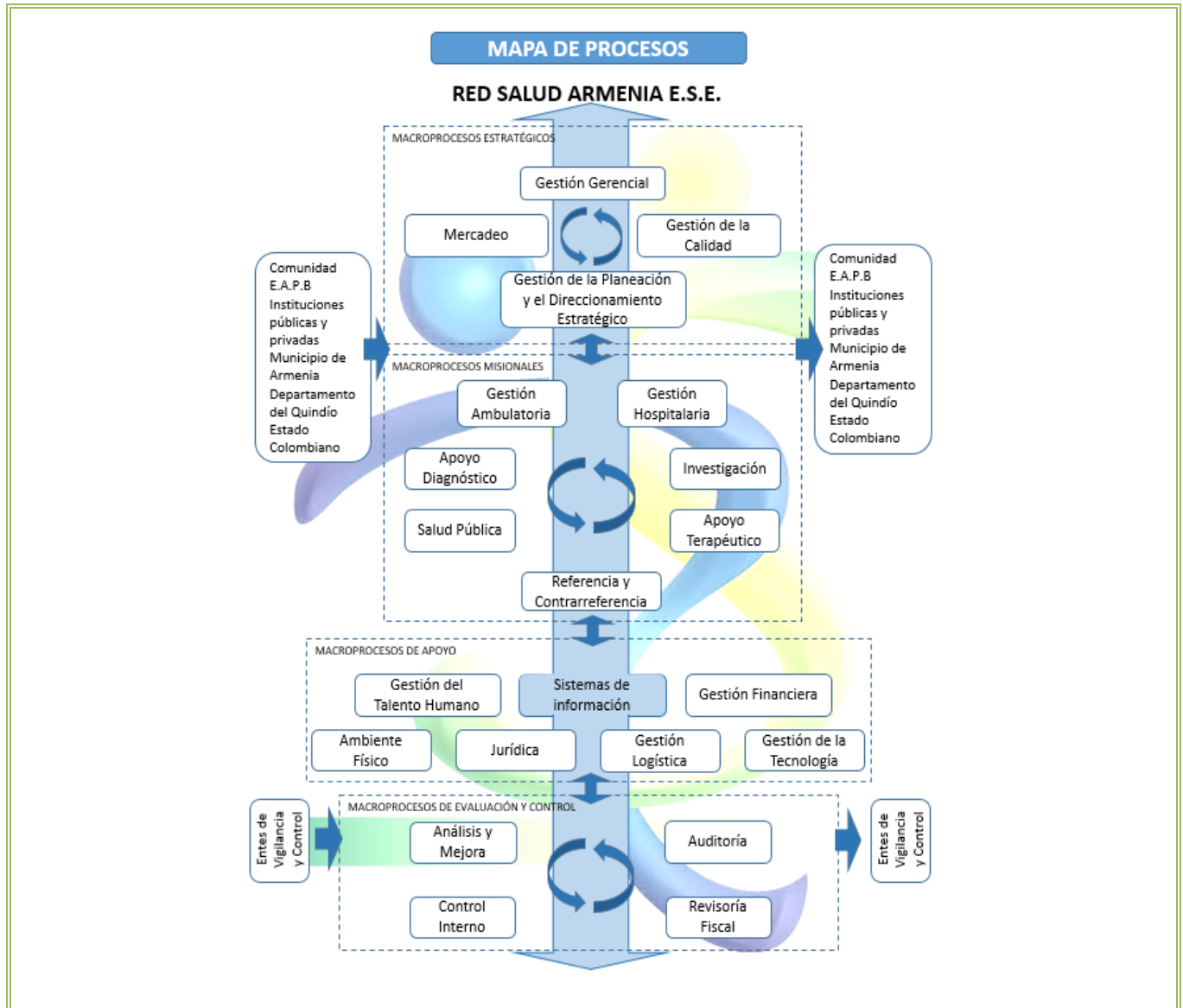
Página: 25 de 76

**Nombre del  
Documento:**

Manual de Calidad

**Unidad Administrativa:**

Subgerencia Científica



### 4.2.3 Control de Documentos

Los procesos prioritarios son elaborados por los líderes de procesos asistenciales, revisados

Elaboró: Calidad

Revisó: Comité de Archivo

Aprobó: Comité Institucional de  
Desarrollo Administrativo

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 26 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

por la oficina de calidad con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación; revisados por el comité al cual correspondan y aprobados por comité de archivo.

Las guías de atención médica son revisadas por el equipo auditor y aprobadas por la Subgerencia Científica; el manual de procesos y procedimientos es revisado por la oficina de Planeación y aprobados por el comité institucional de desarrollo administrativo.

Los manuales administrativos son elaborados por los dueños de procesos, revisados por la subgerencia de planificación institucional y/o planeación y revisados por el comité al cual correspondan y aprobados por comité de archivo.

Los formatos de protocolos, proceso, manuales y guías contienen la fecha en la que deben actualizarse, para este componente Red Salud Armenia E.S.E se rige por la Resolución 2003 de 2014 que indica que deben de ser revisados mínimo cada cuatro años, el comité de archivo será encargado de la asignación de códigos.

Para realizarle un cambio a un documento debe solicitarse el área de planeación el formato de control de cambio, el cual debe ser diligenciado con la debida justificación, toda vez que allí se les asigna el código, la versión y fecha de aprobación.

Se asegura que las versiones de los documentos publicados y en uso sean pertinentes y con copias controladas que estén disponibles en el punto de uso a través de las auditorías internas realizadas por la oficina de control interno, donde se supervisa que la última versión que se encuentre publicada sea la misma que está actualizada.


La publicación de los documentos se hace a través de la página Web, la biblioteca virtual y la instalación de manuales, protocolos y procedimientos en físico en las áreas previa solicitud de la oficina de Planeación.

Los documentos de Red Salud Armenia E.S.E se tiene en medio físico y electrónico y en los recorridos de las auditorías se verifica la legibilidad de ellos.

#### 4.2.4 Control de los Registros

Los formatos que se generan de apoyo a actividades tanto asistenciales como administrativas

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 27 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

que no hacen parte de la historia clínica, son elaborados por el líder y/o coordinador del proceso, revisado por la subgerencia científica y/o subgerencia de planificación institucional según corresponda y aprobados por el comité de archivo.

Los formatos de historias clínica y sus anexos, son elaborados por el líder y/o coordinador del proceso, revisado por la Dirección Técnica Ambulatoria y por la Subgerencia científico y aprobados por el comité de historias clínicas.

Posterior a este proceso la oficina de Planeación realiza su codificación y la respectiva versión, lo anterior se realiza con el propósito de identificar que dichos formatos de registros aporten valor al proceso para el cual fueron creados. La oficina de Planeación guarda una copia electrónica que permite su fácil recuperación en caso de pérdida de los formatos que se encuentren en físico.

## 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

### 5.1 Compromiso de la Dirección

La alta gerencia, se encuentra plenamente identificada con el concepto de la calidad en la E.S.E y enfila su direccionamiento estratégico hacia el cumplimiento de lo establecido en la normativa correspondiente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Hace expreso y público su compromiso con el sistema de gestión de la calidad como una herramienta de mejora continua. En consecuencia, se adoptan e implementan los distintos documentos del proceso, tales como políticas y objetivos de calidad, mapa de procesos, manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, manual de calidad, planes, programas, Guías, instructivos, entre otros.

De igual formas manifiesta su apoyo, desde su Plan estratégico Institucional para el cumplimiento de la Política y objetivos de calidad establecidos, a través de la disposición de los recursos necesarios, la comunicación a los colaboradores de la E.S.E, sobre la importancia de satisfacer los requisitos de los usuarios, el enfoque de atención humanizada, gestión del riesgo, así como los determinados por la ley y demás disposiciones de carácter interno, realizando seguimiento continuo a las acciones de mejora, en procura de elevar el

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 28 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

nivel de calidad de la prestación de sus servicios de salud. Identifica como pilares de la calidad:

- Gestión centrada en el usuario
- Seguridad del usuario
- Enfoque basado en procesos
- Mejoramiento continuo
- Humanización del Servicio
- Gestión del Riesgo

### REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La revisión del sistema de gestión de la calidad será realizada por el comité de calidad, esta actividad se realizará anualmente con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema. En la revisión se evalúan las oportunidades de mejora y la necesidad de realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad de la organización incluyendo la política y objetivos de calidad

### 5.2 Enfoque al Cliente


La alta dirección a través de sus procesos y programas establece el cumplimiento de los requisitos establecidos en los contratos con las diferentes aseguradoras y la secretaria de salud Municipal, además del cumplimiento del SOGC Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y demás normatividad aplicable a las instituciones de salud públicas de régimen especial.

Red Salud Armenia ESE, cuenta con un sistema de atención al usuario la cual se encarga del monitoreo de la satisfacción de los usuarios.

### 5.3 Política de Calidad

Red Salud Armenia E.S.E. de conformidad con el mandato constitucional del estado social de derecho y comprometida con el mejoramiento continuo a través de su gestión basada en

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 29 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

procesos, de la tecnología e infraestructura acorde a sus necesidades, del talento humano competente, de la gestión de seguridad en el trabajo, de la humanización del servicio, de la gestión del riesgo, del cumplimiento al marco legal y de la ética médica y de la preservación del medio ambiente, ofrece servicios de salud cálidos, oportunos y seguros, bajo el modelo de atención primaria en salud, las buenas prácticas clínicas en investigación, la identificación y respuesta de necesidades de sus clientes, y la satisfacción tanto del usuario, familia y comunidad, como de todas las personas y entidades que participan en el proceso de atención en salud.

## 5.4 Planificación

### 5.4.1 Objetivos de Calidad


#### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar el nivel de satisfacción del usuario con la prestación del servicio, a través de la autoevaluación y priorización de procesos, auditorías internas implementación y seguimiento a oportunidades de mejoramiento.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Mantener y mejorar la tecnología e infraestructura para dar respuesta al modelo de prestación de servicios.
- Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud y evaluar el desarrollo de las estrategias de seguridad del paciente.
- Desarrollar programas de educación continúa en pro del fortalecimiento del talento humano
- Implementar estrategias de humanización del servicio, basados en la responsabilidad y compromiso de todos
- Desarrollar acciones dirigidas a fortalecer la gestión ambiental en la empresa y promover en el personal conductas ambientalmente responsables.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 30 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Desarrollar los programas de seguridad en el trabajo, con el propósito de prevenir y gestionar los riesgos laborales de los colaboradores y contratistas.
- Monitorearla totalidad de los atributos de gestión calidad aplicables a RED SALUD Armenia E.S.E. a través de los planes de desarrollo operativos anuales
- Monitorear el cumplimiento de las metas de los programas institucionales de prestación de servicios de la ESE.
- Cumplir con la normatividad y procesos operativos estandarizados para el desarrollo de los protocolos de investigación clínica en REDSALUD Armenia E.S.E

#### 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

La planificación del sistema de la calidad en Red Salud, se da respuesta mediante la observancia y adherencia a los procesos y procedimientos, que interrelacionados permiten lograr los objetivos de calidad, cumplir con los requisitos legales y alcanzar la satisfacción del usuario interno y externo.


Este Manual describe los diferentes elementos que conforman el SOGC, agrupados en las cuatro (4) actividades básicas relacionadas con el mejoramiento continuo: Planear, Hacer, Verificar y Actuar. (PHVA). Así mismo el manual busca que se conozca el compromiso asumido por Red Salud respecto a la satisfacción de los usuarios, clientes, proveedores, organismos de control y funcionarios de la institución.

#### 5.5 Responsabilidad, Autoridad Y Comunicación

##### 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad

Para llevar a cabo la implementación del S.O.G.C. y su posterior mantenimiento. Red Salud expidió las resoluciones 753 del 8 de Agosto de 2002 y 300 de 15 de Marzo de 2007; por medio de las cuales se crea y se reorganiza el comité de gestión de la calidad y se define su conformación, coordinación, propósito y funciones. Nuevamente se reorganiza el comité,

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 31 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

mediante resolución 413 de mayo 30 de 2011.

### 5.5.2 Representante de la Dirección

La alta dirección de Red Salud Armenia E.S.E designa como representante de la gerencia de la entidad al Líder del proceso de Aseguramiento de la Calidad como presidente del Comité de Calidad, quien se encarga de implementar y mantener los procesos necesarios para la implementación del sistema de gestión de calidad en compañía de los siguientes integrantes del comité:


- El Gerente de la institución o su delegado
- Subgerente Científico o quien haga sus las veces
- Subgerente de Planificación Institucional o quien haga sus veces
- Director Técnico Ambulatorio o quien haga sus veces
- Director Técnico Hospitalario o quien haga sus veces
- Coordinador de Enfermería
- Líder de Odontología
- Coordinador de Laboratorio Clínico
- Asesor de Planeación
- Epidemiólogo (a) o quien haga sus veces
- Coordinador de P y D o quien haga sus veces
- Coordinador del SIAU o quien haga sus veces
- Coordinador de Calidad o quien haga sus veces
- Auditor de Calidad o quien haga sus veces

Serán invitados permanentes los Asesores de Control Interno y Jurídico. Adicionalmente este comité podrá invitar otros funcionarios con base en las necesidades requerida por la institución.

De igual forma se estable el comité de Control Interno, el cual es liderado por el Jefe de Control Interno quien es elegido por la Junta Directiva y quien se acompaña de los siguientes integrantes para asegurar que se promueve la toma de conciencia en el cumplimiento del MECI, de los requisitos del cliente y componentes legales que son responsabilidad de la

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 32 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

institución.

- El Gerente de la Institución
- Subgerente Científico
- Subgerente de Planificación Institucional
- Jurídico
- Líder de Sistemas
- Coordinador (a) de Talento Humano
- Asesor de Planeación
- Líder de Calidad

Será invitado permanente el Coordinador Financiero.


Ambos presidentes de comités deben de informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora, de igual forma asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad

### 5.5.3 Comunicación Interna

Para la entidad existen mecanismos de comunicación establecidos aprobados que se utilizan actualmente. Dentro del proceso se tienen dos canales de comunicación que son los formales y los informales, dentro de los formales se tienen las circulares, las cartas dirigidas, las reuniones que se hacen entre funcionarios donde se levantan actas, los boletines internos donde se comunican la información sobre las actividades, las capacitaciones, los cumpleaños; este se entrega a la oficina de Talento Humano y este hace el envío a los funcionarios de planta, este se saca con prioridad de dos meses, también los comités institucionales son parte de la comunicación interna de la empresa. las informales son aquellas de tipo integración institucional, además se tiene un medio que se llama intranet que hace las veces de mensajero, también el sistema de sonido interno, los televisores de la Red donde se pasa información institucional

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 33 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## 5.6 Revisión por la Dirección

### 5.6.1 Generalidades

#### REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La revisión del sistema de gestión de la calidad será realizada por el comité de calidad, esta actividad se realizará anualmente con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema. En la revisión se evalúan las oportunidades de mejora y la necesidad de realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad de la organización incluyendo la política y objetivos de calidad

Dicha revisión se llevará a cabo a través de:


- Medición del cumplimiento de los objetivos de calidad
- Autoevaluación de condiciones mínimas de habilitación
- Autoevaluación de los estándares de acreditación frente al estado actual de los procesos e implementación de oportunidades de mejoramiento de la vigencia anterior.

### 5.6.2 Información de entrada para la revisión

La información que se tendrá en cuenta para llevar a cabo la revisión por parte del comité de calidad y/o dirección son:

- Resultados de auditorías internas y externas de la vigencia anterior
- Informes de seguimiento entregados por las aseguradoras con las cuales tenemos contratos
- Desempeño de los procesos frente a los estándares tanto de habilitación como de acreditación
- Seguimiento a cumplimiento de planes de mejora y a compromisos adquiridos en los

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 34 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

comités

- Cambios (institucionales ej. portafolio, legales o requisitos del cliente externo) que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad
- Recomendaciones para la mejora y
- Riesgos actualizados e identificados para la entidad

### 5.6.3 Resultados de la revisión

Los resultados de la revisión por el comité de calidad y/o la dirección deben incluir todas las necesidades y acciones relacionadas con:

- La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC, SOGC, MECI y Anexo técnico resolución 2181 del año 2008 y sus respectivos procesos
- La mejora de la prestación servicio en relación con los requisitos del cliente reflejado en las encuestas de satisfacción del usuario y,
- Las necesidades de recursos.

## 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

### 6.1 Provisión de Recursos


Red Salud Armenia ESE, a través de su compromiso institucional asegura los recursos necesarios para la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad, el cumplimiento de estándares mínimos de habilitación y demás actividades de carácter obligatorio.

### 6.2 Talento Humano

#### 6.2.1 Generalidades

Red Salud Armenia ESE, cuenta con un proceso de selección de personal basado en las

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 35 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

necesidades del servicio, el perfil de los cargos, la competencia y experiencia de acuerdo al estándar de talento humano de habilitación y a las políticas del área de talento humano de la empresa

Además, realiza un proceso de inducción general, cuyo propósito es dar a conocer al nuevo integrante de la institución los procesos estratégicos y de apoyo de la empresa y un proceso de inducción específico de acuerdo al área donde prestará sus servicios.


### 6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia

Red Salud Armenia ESE con el propósito de definir las competencias y formación que deben de tener los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, cuenta con un manual de funciones y con los estudios previos para el caso de los contratistas, lo cual permiten tener previamente a la selección del personal tener definido el perfil de acuerdo al cargo y/o proceso a desarrollar.

Además, cuenta con un programa de educación continuada denominado el PIC, el cual es desarrollado en pro proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer las necesidades de los clientes, evaluar las acciones tomadas, en términos de cobertura e impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad

Como parte del proceso de inducción todo nuevo funcionario recibe la inducción del proceso de aseguramiento de la calidad, de igual forma esta dependencia realiza permanentemente sensibilización y capacitación al personal tanto asistencial como administrativo de los componentes del sistema de gestión de calidad.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 36 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

### 6.3 Infraestructura

Red Salud Armenia ESE, para el desarrollo de sus procesos cuenta con la infraestructura adecuada, segura y limpia con base en los lineamientos del Ministerio de la protección Social, según el sistema único de habilitación del sistema Obligatorio de garantía de la calidad


Además, cuenta con el software Dinámica punto Net, y hardware suficiente que le permite contar con los siguientes módulos:

ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS	OPERATIVOS Y ASISTENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contabilidad</li> <li>• Tesorería</li> <li>• Cartera</li> <li>• Pagos</li> <li>• Presupuestos oficiales</li> <li>• Nomina- talento humano</li> <li>• Activos fijos</li> <li>• Compras</li> <li>• Gestión gerencial</li> <li>• generales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inventarios</li> <li>• contratos</li> <li>• citas medicas</li> <li>• admisiones</li> <li>• hospitaliza con</li> <li>• facturación Ley 100</li> <li>• historias clínicas</li> <li>• promoción y prevención IPS</li> <li>• costos hospitalarios</li> </ul>

### 6.4 Ambiente de Trabajo

Red salud Armenia ESE dentro de su organización cuenta con la implementación de manuales que le permiten tener un ambiente de trabajo sano y propicio para la prestación de servicios; dichos documentos se basan en los requisitos mínimos de habilitación y en el grupo de estándares de Gestión de ambiente físico a que hace referencia los estándares de acreditación, los cuales son adoptados por la entidad a través del PAMEC, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 37 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Manual de Gestión de Residuos hospitalarios
- Manual de limpieza y desinfección
- Manual de bioseguridad
- Manual de esterilización
- Manual de manejo de ropa hospitalaria
- Manual de emergencias y desastres.


## 7. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

### 7.1 Planificación de la Realización de la Prestación Del Servicio

Red Salud Armenia ESE, ofrece a través de su portafolio los siguientes servicios:

- Hospitalización General Adultos
- Hospitalización General Pediátrica
- Hospitalización Obstetricia
- Consulta Externa Endodoncia
- Consulta Externa Enfermería
- Consulta Externa Ginecobstetricia
- Consulta Externa Medicina General
- Consulta Externa Nutrición y Dietética
- Consulta Externa Odontología General
- Consulta Externa Psicología
- Consulta Externa Consulta Prioritaria
- Servicios de Urgencias
- Transporte Asistencial Básico
- Laboratorio Clínico
- Radiología e Imágenes Diagnosticas
- Toma de Muestras de Laboratorio Clínico
- Servicio Farmacéutico
- Laboratorio Citología Cérvico-Uterinas
- Ultrasonido
- Toma e Interpretación de Radiologías Odontológicas
- Terapia Respiratoria

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 38 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Tamización de Cáncer de Cuello Uterino
- Protección Específica- Atención del Parto
- Protección Específica- Atención al Recién Nacido
- Detección Temprana- Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores a 10 años).
- Detección Temprana- Alteraciones del Desarrollo del Joven (de 10 a 29 años).
- Detección Temprana- Alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).
- Detección Temprana- Cáncer de Cuello Uterino
- Detección Temprana- Alteraciones de la Agudeza Visual
- Protección Específica – Vacunación
- Protección Específica- Atención Preventiva en Salud Bucal
- Protección Específica- Atención en Planificación Hombre y Mujeres
- Proceso Esterilización
- Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas

La planeación para llevar a cabo dicha oferta en la prestación del servicio se realiza a través de:

- Establecimiento del Modelos de Atención Primaria en salud: el cual estructura la atención al primer nivel basados en la resolución 412 y en vigilancia epidemiológica, que Red Salud Armenia ESE, les brindara a sus usuarios a través de los siete programas de atención:
- Asistencia Domiciliaria PADO
- Servicio Amigable
- Programa Ambulatorio de Sustitución con Metadona PASRED
- Gestión y Parto con Amor un Compromiso de tres
- Crecer un gesto de Amor
- Siempre Sanos
- Riesgo Cardiovascular (RCV)

los cuales están documentados a través de fichas, las cuales planifican el cómo, quien, y donde se van a desarrollar, además de contar con los indicadores que permiten la medición de coberturas, oportunidad, accesibilidad, impacto, efectividad y satisfacción de los usuarios entre otros, los cuales son monitoreados por la líder de salud pública

- Procesos del componente Misional: Documentan los procedimientos relacionados directamente con la prestación del servicio y son complementados con los manuales, guías y protocolos de atención los cuales son basados en los procesos prioritarios del

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 39 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

sistema Único de Habilitación y los estándares clínico asistenciales de los estándares de acreditación

## 7.2 Procesos relacionados con el cliente

### 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

Red Salud Armenia E.S.E, tiene establecido los requisitos relacionados con el cliente a través de los contratos celebrados con las diferentes aseguradoras y Secretaria de Salud Municipal a quienes se les vende los servicios de salud.

Otro de los requisitos legales contenidos no solo en los contratos si no en las Resoluciones de reporte hacia el Ministerio de Salud y la Súper Intendencia Nacional de Salud, son los indicadores de calidad, los cuales tienen unas metas previamente establecidas.

A través de las autoevaluaciones del Sistema Único de Habilitación y sus normas complementarias se verifican previamente el cumplimiento de requisitos mínimos indispensables para la prestación de servicios.

### 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio

Previo al proceso de contratación con las diferentes aseguradoras Red Salud Armenia E.S.E, realiza el proceso de habilitación de los servicios ofrecidos ante la Secretaria de Salud Departamental, previa autoevaluación de las condiciones mínimas de habilitación.

Dentro del proceso de contratación con las diferentes aseguradoras se llevan a cabo reuniones de concertación de los servicios a contratar, requisitos legales y requisitos establecidos tanto por el contratista como por el contratante. En caso de existir diferencias entre las partes estas son resueltas ante de la firma de los respectivos contratos.

### 7.2.3 Comunicación con el cliente

Se tienen establecidos mecanismos de comunicación tanto con el usuario como con las

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 40 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

aseguradoras.

Con el usuario:

Existen mecanismos de comunicación con los clientes como son: la página web redes sociales, correos electrónicos y líneas telefónicas corporativas.

La comunicación externa va dirigida al principalmente a los usuarios de estrato 1, 2 y 3 del régimen subsidiado de Red Salud Armenia E.S.E que tiene como objetivo entregarle a los usuarios información sobre los programas, los proyectos y las noticias, a través de boletines de prensa los cuales se envían a los medios de comunicación que ayudan a replicar dicha información como lo son los medios radiales, de prensa y la televisión en los canales locales y regionales como Tele café. Además, se utilizan también las redes sociales y la página web lo que comúnmente llaman web 1.0 donde se tiene retroalimentación con los usuarios para conocer y resolver todas las inquietudes que los usuarios tengan.

De igual forma se cuenta con la oficina de atención al usuario la cual está encargada de tramitar peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. Retroalimentar a nuestros clientes de dichos resultados y realizar medición de la encuesta de satisfacción del usuario, con el fin de saber la percepción de los usuarios.

Con las aseguradoras:

La comunicación se da a través del informe mensual de indicadores de calidad, envío de novedades relacionadas con la oferta de servicios cuando se realizan, entrega de facturas con sus diferentes soportes, recepción de auditorías por parte de las diferentes EPSs y de la interventoría por parte de la Secretaria de Salud Municipal para la población vinculada.

## 7.4 Adquisición de Bienes y Servicios

### 7.4.1 Procesos de adquisición de bienes y servicios

Red Salud Armenia E.S.E, a través de su servicio farmacéutico realiza la adquisición de los dispositivos médicos y medicamentos necesarios para la prestación del servicio, para lo cual cuenta con personal idóneo y con procesos tales como: selección, adquisición,

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 41 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

almacenamiento y dispensación entre otros, acordes a los requisitos del grupo de estándares de medicamentos y dispositivos médicos del Sistema Único de Habilitación. Y el almacén previo proceso de selección realiza el proceso de adquisición de insumos, papelería y dotación requerida como apoyo para la prestación del servicio.

#### 7.4.2 Información para adquisición de bienes y servicios

Con el propósito de adquirir los medicamentos y dispositivos médicos que han sido incluidos en el proceso de selección y plan de compras, y tenerlos disponibles para la satisfacción de las necesidades de los usuarios atendidos se siguen las políticas técnicas y comerciales de adquisición, basados en el manual de procesos y procedimientos del servicio farmacéutico.

Igualmente, dentro de la Gestión tecnológica que se ejecuta como producto del PAMEC INSTITUCIONAL se desarrollan parámetros para la adquisición de dotación la cual cuenta con políticas de adquisición, uso y renovación entre otros, evaluadas a través del comité de tecno vigilancia.


Con lo anterior se asegura la adecuación de los requisitos para la adquisición de bienes y servicios especificados, antes de comunicárselos al proveedor.

#### 7.4.3 Verificación de los servicios adquiridos

Red Salud Armenia E.S.E, dentro de su proceso de recepción técnica constata si el insumo cumple o no con las condiciones pactadas en la adjudicación entre la institución y el proveedor; igualmente si se cumple lo solicitado en la orden de compra y si está acorde con lo facturado.

Además, se verifica el grado de acercamiento de las características técnicas del producto a las que están establecidas como referencia por la legislación y por la organización. Estas especificaciones se refieren a : fecha de vencimiento, número de lote de fabricación , registro sanitario,, características físicas y organolépticas, del producto como tal, características

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 42 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

relacionadas con la etiqueta, empaque, envase, embalaje, y forma farmacéutica, condiciones de almacenamiento, nombre de fabricante, y otros requisitos de información acordes con la legislación de cada país.

## 7.5 Prestación del Servicio

### 7.5.1 Control de la prestación del servicio

Para la prestación del servicio Red Salud Armenia E.S.E tiene definido sus guías y protocolos de atención con base en las primeras causas de atención en el ámbito ambulatorio, de hospitalización y de urgencias, los cuales están disponibles para su consulta tanto en medio físico como electrónico, además cuenta con los programas documentados los cuales especifican el que hacer de la prestación del servicio mediante la integración de la atención ambulatoria, hospitalaria de primer nivel y de algunos especialistas para los diferentes grupos poblacionales.

La dotación, insumos e infraestructura para la prestación de cada servicio ofertado en el portafolio, se cumplen de acuerdo a los requisitos mínimos de habilitación.

### 7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio

La validación de la prestación del servicio se lleva a cabo con la autoevaluación de la atención frente a los estándares mínimos de habilitación dentro de los cuales se encuentra la calibración y/o mantenimiento de los equipos biomédicos y frente al cumplimiento de metas de los indicadores del sistema de información para la calidad.

### 7.5.3 Identificación y Trazabilidad

Red Salud Armenia E.S.E realiza La trazabilidad de la prestación del servicio a través de mecanismos tales como:

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 43 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Generación de estadísticas que permiten identificar producción, oportunidad, accesibilidad, mortalidad, gestión del riesgo, satisfacción del usuario entre otras. Dicha información es analizada periódicamente con el fin de generar acciones preventivas y/o correctivas que permitan minimizar la brecha de lo observado frente a lo esperado.
- De igual forma se realiza trazabilidad a los procesos administrativos tales como: facturación, cartera, tesorería, talento humano, jurídica entre otros, proceso que es monitoreado desde la oficina de Control Interno y por los entes de control externo.

#### 7.5.4 Propiedad del Cliente

Red Salud Armenia E.S.E, genera, almacena y custodia la historia clínica la cual es propiedad del usuario, y cuenta con un proceso documentado la cual establece la forma de solicitud por parte del usuario y los tiempos legales de custodia por parte de la institución.


#### 7.5.5 Preservación del servicio

La entidad preservar la conformidad del servicio a través de la aplicación de los protocolos, manuales, guías de atención y procesos, los cuales son monitoreados a través de la aplicación de listas de chequeo.

#### 7.6 Control de los equipos de Seguimiento y Medición

El control de los equipos biomédicos se lleva a cabo mediante la ejecución del plan de mantenimiento preventivo, el cual incluye el proceso de calibración para los equipos que lo requieran. La ejecución de este mantenimiento es monitoreada por el área de bienes y servicios, quienes tienen la responsabilidad de velar por el buen estado de los equipos antes, durante y después de la prestación del servicio. De igual forma Red Salud Armenia cuenta con un comité de Tecno vigilancia el cual se encarga de monitorear todos los eventos que se presenten como producto de la utilización de dichos equipos biomédicos durante la prestación del servicio.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 44 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## 8. Medición, Análisis y Mejora

### 8.1 Generalidades

Red Salud Armenia realiza sus procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora a través de la realización de auditorías internas así:

- La oficina de Calidad realiza auditorías al cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación, de igual forma aplica listas de chequeo y ronda de seguridad como estrategia de medición a la adherencia al programa de seguridad del paciente.
- La oficina de Control Interno elabora y ejecuta el plan de auditorías a los procesos de Red Salud.
- El seguimiento a los comités institucionales es llevado a cabo por la oficina de Control Interno quien realiza auditoria a los comités administrativos y por la oficina de Calidad quienes auditan los comités de carácter asistencial.

Los instrumentos que se llevan a cabo para la aplicación de cada una de las auditorias son realizados con base en los requisitos internos, legales y del cliente.

Otro de los procesos de auditoría que se llevan a cabo en la institución es el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad denominado PAMEC, el cual es liderado por la oficina de Calidad con el apoyo de los líderes de autoevaluación de cada grupo de estándares.


### 8.2 Seguimiento y Medición

#### 8.2.1 Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, la entidad realiza el seguimiento a la percepción del usuario a través de la medición de encuestas de satisfacción de forma trimestral, la cual se lleva a cabo con una confiabilidad del 95% y un error del 5%.

De igual forma se tienen instaurados en cada centro de salud buzones de sugerencia y se cuenta con una oficina de SIAU, encargada de recepcionar, tramitar y monitorear el comportamiento de las quejas, reclamos peticiones y sugerencias y realizar seguimiento a la

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 45 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

implementación de acciones de mejoramiento derivadas de dicho proceso.

## 8.2.2 Auditoría interna

### AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Aseguramiento de la calidad y control interno, establecen el cronograma de auditorías de calidad Formato: ES-CL-FO-035 Plan anual de Auditorías (Anexo 1), en el cual se relacionan los procesos a ser auditados, responsable, el alcance y las fechas. También se definirán, los funcionarios (capacitados como auditores internos), que participarán en el ciclo de auditorías a intervalos determinados para verificar el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad y colaborar en la medición, análisis y mejora de los procedimientos del sistema de gestión de la calidad.

Como parte del Centro de Investigación, se establece un capítulo especial para la auditoría interna de calidad a las Buenas prácticas clínicas, cumpliendo lo estandarizado en las Auditorías internas, con una periodicidad anual.

De igual forma Red Salud Armenia E.S.E, adopta el modelo del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), elaborado por el Ministerio de la Protección Social el cual es llevado a cabo con enfoque en los estándares de acreditación.

Se presenta a continuación el modelo de auditoría interna de calidad.

### EL PROCESO DE LA AUDITORÍA INTERNA

El proceso de auditoría interna tiene cinco (5) etapas principales:

- Planificación y preparación
- Ejecución
- Presentación de informes
- Actividades complementarias

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 46 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Seguimiento y revisión

## **PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN**

### **PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORÍA**

Para planificar una auditoría de todos los procedimientos de un sistema de gestión de la organización, el coordinador de la auditoría elabora el cronograma de auditorías de calidad  
Formato: ES-CL-FO-035 Plan anual de Auditorías (Anexo 1), en el que establece la frecuencia de la auditoría para cada procedimiento.

### **EVALUACIÓN DE AUDITORES**

La fiabilidad en el proceso de auditoría y la confianza en el mismo dependen de la competencia de aquellos que llevan a cabo la auditoría. Esta competencia se basa en la demostración de:

- Las cualidades personales.
- La aptitud para aplicar los conocimientos y habilidades, adquiridos mediante la Educación, la experiencia laboral, la formación como auditor y la experiencia en auditoría.


### **ASIGNACIÓN DE EQUIPOS AUDITORES Y LÍDER DEL EQUIPO**

Cuando la auditoría se considera viable, se debe seleccionar un equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría. Cuando hay un solo auditor, éste debe desempeñar todas las tareas aplicables al líder del equipo auditor.

En el momento de decidir el tamaño y la composición del equipo auditor, se debe considerar lo siguiente:

- Los objetivos, el alcance, los criterios y la duración estimada de la auditoría;
- Si la auditoría es una auditoría combinada o conjunta;
- La competencia global del equipo auditor necesaria para conseguir los objetivos de la auditoría;

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 47 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Los requisitos legales, reglamentarios, contractuales y de acreditación/certificación, según sea aplicable;
- La necesidad de asegurarse de la independencia del equipo auditor con respecto a las actividades a auditar y de evitar conflictos de intereses;
- La capacidad de los miembros del equipo auditor para interactuar eficazmente con el auditado y trabajar conjuntamente; y
- El idioma de la auditoría y la comprensión de las características sociales y culturales particulares del auditado. Estos aspectos pueden tratarse bien a través de las habilidades propias del auditor o a través del apoyo de un experto técnico.

El proceso de asegurar la competencia global del equipo auditor debe incluir los siguientes pasos:

- La identificación de los conocimientos y habilidades necesarias para alcanzar los objetivos de la auditoría; y
- La selección de los miembros del equipo auditor de tal manera que todo el conocimiento y las habilidades necesarios estén presentes en el equipo auditor.

Si el conocimiento y habilidades necesarios no se encuentran cubiertos en su totalidad por los auditores del equipo auditor, se pueden satisfacer incluyendo expertos técnicos. Los expertos técnicos deben actuar bajo la dirección de un auditor.


Los auditores en formación pueden incluirse en el equipo auditor, pero no deben auditar sin una dirección u orientación.

Tanto el cliente de la auditoría como el auditado pueden requerir la sustitución de miembros en particular del equipo auditor con argumentos razonables basados en los principios de la auditoría.

Ejemplos de argumentos razonables incluyen situaciones de conflicto de intereses (tales como que un miembro del equipo auditor sea un antiguo empleado del auditado, o que le haya prestado servicios de consultoría) y un comportamiento previo no ético. Estos argumentos deben comunicarse al líder del equipo auditor y a aquellos con la responsabilidad asignada para la gestión del programa de auditoría, quienes deben resolver el tema con el cliente de la auditoría y el auditado antes de tomar alguna decisión sobre la sustitución de los

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 48 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

miembros del equipo auditor.

#### Designación del Líder del Equipo Auditor

Aquellos a los que se ha asignado la responsabilidad de gestionar el programa de auditoría deben designar un líder del equipo auditor para cada auditoría específica.

Cuando se realiza una auditoría conjunta, es importante alcanzar un acuerdo entre las organizaciones auditoras antes del comienzo de la auditoría sobre las responsabilidades específicas de cada organización, particularmente en relación con la autoridad del líder del equipo designado para la auditoría.

#### **REPARTO DE TAREAS EN EL EQUIPO DE AUDITORÍA**

El líder del equipo auditor, consultando con el equipo auditor, debe asignar a cada miembro del equipo la responsabilidad para auditar procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicos. Tales asignaciones deben considerar la necesidad de independencia y competencia de los auditores, y el uso eficaz de los recursos, así como las diferentes funciones y responsabilidades de los auditores, auditores en formación y expertos técnicos. Se pueden realizar cambios en la asignación de tareas a medida que la auditoría se va llevando a cabo para asegurarse de que se cumplen los objetivos de la auditoría. Se deberá diligenciar el formato: ES-CL-FO-036-ASIGNACION DE TAREA AL EQUIPO AUDITOR (Anexo 2).


#### **COMUNICACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA A LAS PARTES PERTINENTES. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

Como actividad inicial de la implementación del programa de auditoría se encuentra la comunicación del mismo a las partes pertinentes dentro de la organización o entidad a cargo del responsable de la gestión del programa de auditoría.

#### **EXAMEN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y DETERMINACIÓN DE SU ADECUACIÓN**

Antes de las actividades de auditoría in situ, la documentación del auditado debe ser revisada

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 49 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

para determinar la conformidad del sistema, según la documentación, con los criterios de auditoría. La documentación puede incluir documentos y registros pertinentes del sistema de gestión e informes de auditorías previas. La revisión debe tener en cuenta el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la organización, así como los objetivos y el alcance de la auditoría.

En algunas situaciones, esta revisión puede posponerse hasta el inicio de las actividades in situ, si esto no perjudica la eficacia de la realización de la auditoría.

En otras situaciones, puede realizarse una visita preliminar al lugar para tener una visión general apropiada de la información disponible. Si se encuentra que la documentación es inadecuada, el líder del equipo auditor debe informar al cliente de la auditoría, a aquéllos a los que se ha asignado la responsabilidad de gestionar el programa de auditoría y al auditado. Debe decidirse si se continúa o suspende la auditoría hasta que los problemas de documentación se resuelvan.

### **PREPARACIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO**

Los miembros del equipo auditor deben revisar la información pertinente a las tareas asignadas y preparar los documentos de trabajo que sean necesarios como referencia y registro del desarrollo de la auditoría. Tales documentos de trabajo

pueden incluir:

- Listas de verificación y planes de muestreo de auditoría; y
- Formularios para registrar información, tal como evidencias de apoyo, hallazgos de auditoría y registros de las reuniones.

El uso de listas de verificación y formularios no debe restringir la extensión de las actividades de auditoría, que pueden cambiarse como resultado de la información recopilada durante la auditoría.

Los documentos de trabajo, incluyendo los registros que resultan de su uso, deben retenerse, al menos, hasta que finalice la auditoría.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 50 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

Aquellos documentos que contengan información confidencial o de propiedad privada deben ser guardados con la seguridad apropiada en todo momento por los miembros del equipo auditor.

### **PLAN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA EN EL SITIO**

El líder del equipo auditor debe preparar un plan de auditoría que proporcione la base para el acuerdo entre el cliente de la auditoría, el equipo auditor y el auditado, respecto a la realización de la auditoría. Este plan debe facilitar el establecimiento de los horarios y la coordinación de las actividades de la auditoría.


El nivel de detalle proporcionado en el plan de auditoría debe reflejar el alcance y la complejidad de ésta. Los detalles pueden, por ejemplo, diferir entre auditorías iniciales y las posteriores y también entre auditorías internas y externas. El plan de auditoría debe ser suficientemente flexible para permitir cambios, tales como modificaciones en el alcance de la auditoría, que pueden llegar a ser necesarios a medida que se van desarrollando las actividades de auditoría in situ.

El plan de auditoría incluye:

Los objetivos de la auditoría; los criterios de auditoría y los documentos de referencia; el alcance de la auditoría, incluyendo la identificación de las unidades de la organización y unidades funcionales y los procesos que van a auditarse; las fechas y lugares donde se van a realizar las actividades de la auditoría in situ; la hora y la duración estimadas de las actividades de la auditoría in situ, incluyendo las reuniones con la dirección del auditado y las reuniones del equipo auditor; las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo auditor y de los acompañantes; la asignación de los recursos necesarios a las áreas críticas de la auditoría.

Y cuando sea apropiado: la identificación del representante del auditado en la auditoría; el idioma de trabajo y del informe de la auditoría, cuando sea diferente del idioma del auditor y/o del auditado; los temas del informe de la auditoría; preparativos logísticos (viajes, recursos disponibles in situ, etc.); asuntos relacionados con la confidencialidad; y cualquier acción de

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 51 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

seguimiento de la auditoría.

El plan debe ser revisado y aceptado por el cliente de la auditoría y presentado al auditado antes de que comiencen las actividades de la auditoría in situ.

Cualquier objeción del auditado deberá ser resuelta entre el líder del equipo auditor, el auditado y el cliente de la auditoría. Cualquier revisión al plan de auditoría debe ser acordada entre las partes interesadas antes de continuar la auditoría.

### EJECUCIÓN

El contacto inicial para la auditoría con el auditado puede ser informal o formal y debe realizarse por aquéllos a los que se les ha asignado la responsabilidad de gestionar el programa de auditoría o por el líder del equipo auditor. El propósito del

contacto inicial es:

Establecer los canales de comunicación con el representante del auditado; confirmar la autoridad para llevar a cabo la auditoría; proporcionar información sobre las fechas y la duración propuestas y la composición del equipo auditor;

Solicitar acceso a los documentos pertinentes, incluyendo los registros; determinar las reglas de seguridad aplicables al lugar; hacer los preparativos para la auditoría; y acordar la asistencia de observadores y la necesidad de guías para el equipo auditor.

### REUNIÓN DE APERTURA

Se debe realizar una reunión de apertura con la dirección del auditado o, cuando sea apropiado, con aquellos responsables para las funciones o procesos que se van a auditar. El propósito de una reunión de apertura es:

Confirmar el plan de auditoría; proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoría; confirmar los canales de comunicación; proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas. Se diligenciará el Formato: ES-CL-FO-038 APERTURA DE AUDITORIA INTERNA (Anexo 3)

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 52 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## COMUNICACIÓN DURANTE LA AUDITORÍA

Dependiendo del alcance y de la complejidad de la auditoría, puede ser necesario llegar a acuerdos formales para la comunicación entre el equipo auditor y con el auditado durante la auditoría.

Los miembros del equipo auditor deben consultarse periódicamente para intercambiar información, evaluar el progreso de la auditoría y reasignar las tareas entre los miembros del equipo auditor según sea necesario.

Durante la auditoría, el líder del equipo auditor debe comunicar periódicamente los progresos de la auditoría y cualquier inquietud al auditado y, cuando sea apropiado al cliente de la auditoría. Las evidencias recopiladas durante la auditoría que sugieren un riesgo inmediato y significativo (por ejemplo: para la seguridad, el medio ambiente o la calidad) deben comunicarse sin demora al auditado y, si es apropiado, al cliente de la auditoría. Cualquier inquietud relacionada con un aspecto externo al alcance de la auditoría debe registrarse y notificarse al líder del equipo auditor, para su posible comunicación al cliente de la auditoría y al auditado.

Cuando las evidencias disponibles de la auditoría indican que los objetivos de la misma no son alcanzables, el líder del equipo auditor debe informar de las razones al cliente de la auditoría y al auditado para determinar las acciones apropiadas.


Estas acciones pueden incluir la reconfirmación o la modificación del plan de auditoría, cambios en los objetivos de la auditoría o en su alcance, o la terminación de la auditoría.

Cualquier necesidad de cambios en el alcance de la auditoría que pueda evidenciarse a medida que las actividades de auditoría in situ progresan, debe revisarse con el cliente de la auditoría y aprobarse por él y, cuando sea apropiado, por el auditado.

## FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS GUÍAS Y OBSERVADORES

Los guías y observadores pueden acompañar al equipo auditor, pero no forman parte del mismo. No deben influir ni interferir en la realización de la auditoría.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 53 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

Cuando el auditado designe guías, éstos deben asistir al equipo auditor y actuar cuando lo solicite el líder del equipo auditor. Sus responsabilidades pueden incluir:

- establecer los contactos y horarios para las entrevistas;
- acordar las visitas a partes específicas de las instalaciones o de la organización;
- asegurarse de que las reglas concernientes a los procedimientos relacionados con la protección y la seguridad de las instalaciones son conocidos y respetados por los miembros del equipo auditor.
- ser testigos de la auditoría en nombre del auditado; y
- proporcionar aclaraciones o ayudar en la recopilación de la información.

#### RECOLECCIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Durante la auditoría, debe recopilarse mediante un muestreo apropiado y verificarse, la información pertinente para los objetivos, el alcance y los criterios de la misma, incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos. Sólo la información que es verificable puede constituir evidencia de la auditoría. La evidencia de la auditoría debe ser registrada.

Nota - La evidencia de la auditoría se basa en muestras de la información disponible. Por tanto, hay un cierto grado de incertidumbre en la auditoría y aquellos que actúan sobre las conclusiones de la auditoría deben ser conscientes de esta incertidumbre.


Los métodos para recopilar esta información incluyen:

- entrevistas;
- observación de actividades; y
- revisión de documentos

Las fuentes de información seleccionadas pueden variar de acuerdo con el alcance y la complejidad de la auditoría y pueden incluir:

#### FUENTES

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 54 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- entrevistas con empleados y con otras personas;
- observación de las actividades y del ambiente de trabajo y condiciones circundantes;
- documentos, tales como política, objetivos, planes, procedimientos, normas, instrucciones, licencias y permisos, especificaciones, planos, contratos y pedidos;
- registros, tales como registros de inspección, actas de reunión, informes de auditorías, registros de programas de seguimiento y resultados de mediciones;
- resúmenes de datos, análisis e indicadores de desempeño;
- información sobre los programas de muestreo del auditado y sobre los procedimientos para el control de los procesos de muestreo y medición.
- informes de otras fuentes, por ejemplo, retroalimentación del cliente, otra información pertinente de partes externas y la calificación de los proveedores; y
- Bases de datos informáticas y sitios de Internet.

#### LISTA DE CHEQUEO DE LA AUDITORÍA

Es una lista de requisitos o preguntas básicas que se deben plantear, con referencia a los pasos y decisiones en el proceso y que es elaborada por el equipo auditor. La lista de chequeo final se debe fotocopiar, de manera que cada miembro del equipo trabaje sobre la misma lista de preguntas.

Como lista de chequeo también se puede usar una copia del procedimiento, resaltando los pasos y decisiones principales en el proceso.

#### PRESENTACIÓN DE INFORMES

##### Reunión del Equipo de Auditoría

El equipo auditor se reúne para evaluar las observaciones y evidencias identificadas durante la auditoría, para decidir si el proceso cumple con el procedimiento y redactar el informe de auditoría. En conclusión, la reunión se realiza para:

- Revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información apropiada
- recopilada durante la auditoría frente a los objetivos de la misma;
- Acordar las conclusiones de la auditoría teniendo en cuenta la incertidumbre inherente al proceso de auditoría;

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 55 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- Preparar recomendaciones, si estuviera especificado en los objetivos de la auditoría; y
- Comentar el seguimiento de la auditoría, si estuviera incluido en el plan de la misma.

#### Conclusiones de la Auditoría

Las conclusiones de la auditoría pueden tratar aspectos tales como:

El grado de conformidad del sistema de gestión con los criterios de auditoría; la eficaz implementación, mantenimiento y mejora del sistema de gestión; la capacidad del proceso de revisión por la dirección para asegurar la continua idoneidad, adecuación, eficacia y mejora del sistema de gestión.

Si los objetivos de la auditoría así lo especifican, las conclusiones de la auditoría pueden llevar a recomendaciones relativas a mejoras, relaciones comerciales, certificación/registro, o actividades de auditoría futuras.

Si el proceso no cumple completamente, el equipo auditor debe decidir acerca del grado de conformidad. Las no conformidades se pueden clasificar así:

**Crítica:** por lo general relacionada con la seguridad, que da como resultado que la auditoría se interrumpa temporalmente. Se debe avisar de inmediato a la gerencia.

Algunos ejemplos de no conformidades críticas son:

Un empleado está siguiendo el procedimiento, pero sufre una lesión cuando hace una demostración del proceso

Se están realizando actividades sin cumplimiento de las normas de bioseguridad

**Mayor:** desviación seria con relación al procedimiento, implica un alto riesgo para la organización, tomará tiempo para resolverla. Estas se deben corregir y re auditar antes de alcanzar la conformidad.

Pueden ser:

- Varias no conformidades menores en un aspecto específico

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 56 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- La no conformidad constituye un alto riesgo para la organización
- Se está ejecutando un proceso, pero no está cobijado por un procedimiento o instrucción
- El procedimiento escrito es totalmente diferente de lo que está ocurriendo
- El auditado no conoce el procedimiento o no está disponible fácilmente
- Contradicciones entre políticas, procedimientos, instrucciones, formatos, entre otros.

Menor: no es demasiado seria, implica un riesgo bajo para la organización, se puede resolver en un tiempo corto. Las no conformidades menores no impiden la conformidad y usualmente se verifican en la auditoría siguiente.

Los detalles de las no conformidades se escriben en un reporte de no conformidades, reporte de acciones correctivas, reporte de oportunidades de mejora. Es importante diligenciar un formato que registre las no conformidades reportadas y revisar regularmente su estado.

#### REUNIÓN DE CIERRE

La reunión de cierre, presidida por el líder del equipo auditor, debe realizarse para presentar los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que sean comprendidos y reconocidos por el auditado, y para ponerse de acuerdo, si es necesario, en el intervalo de tiempo para que el auditado presente un plan de acciones correctivas y preventivas. Entre los participantes en la reunión de cierre debe incluirse al auditado y podría también incluirse al cliente de la auditoría y a otras partes. Si es necesario, el líder del equipo auditor debe prevenir al auditado las situaciones encontradas durante la auditoría que pudieran disminuir la confianza en las conclusiones de la auditoría.

En muchos casos, por ejemplo, en auditorías internas en pequeñas organizaciones, la reunión de cierre puede consistir sólo en comunicar los hallazgos de la auditoría y las conclusiones de la misma.

Para otras situaciones de auditoría, la reunión debe ser formal y las actas, incluyendo los registros de asistencia, deben conservarse, diligenciando el formato: ES-CL-FO-039-CIERRE DE AUDITORIA INTERNA (Anexo 4).

Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la auditoría y/o a las conclusiones

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 57 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

entre el equipo auditor y el auditado deben discutirse y, si es posible, resolverse. Si no se resolvieran, las dos opiniones deben registrarse. Si está especificado en los objetivos de la auditoría, se deben presentar recomendaciones para la mejora. Se debe enfatizar que las recomendaciones no son obligatorias.

### PREPARACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

El líder del equipo auditor es el responsable de la preparación y del contenido del informe de la auditoría.

El informe de la auditoría debe proporcionar un registro completo de la auditoría, preciso, conciso y claro, y debe incluir, o hacer referencia a lo siguiente:

- los objetivos de la auditoría;
- el alcance de la auditoría, particularmente la identificación de las unidades de la organización y de las unidades funcionales o los procesos auditados y el intervalo de tiempo cubierto; la identificación del cliente de la auditoría;
- la identificación del líder del equipo auditor y de los miembros del equipo auditor;
- las fechas y los lugares donde se realizaron las actividades de auditoría in situ;
- los criterios de auditoría;
- los hallazgos de la auditoría; y
- Las conclusiones de la auditoría.

El informe de la auditoría también puede incluir o hacer referencia a lo siguiente, según sea apropiado:

- el plan de auditoría;
- una lista de representantes del auditado;
- un resumen del proceso de auditoría, incluyendo la incertidumbre y/o los obstáculos encontrados que pueden disminuir la confianza en las conclusiones de la auditoría;
- la confirmación de que se han cumplido los objetivos de la auditoría dentro del alcance de la auditoría, de acuerdo con el plan de auditoría;
- las áreas no cubiertas, aunque se encuentren dentro del alcance de la auditoría;

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 58 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

- las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado;
- las recomendaciones para la mejora, si se especificó en los objetivos de la auditoría;
- los planes de acción del seguimiento acordados, si los hubiera;
- una declaración sobre la naturaleza confidencial de los contenidos; y
- La lista de distribución del informe de la auditoría.
- Los auditores no son responsables de la acción correctiva que resulte del reporte de No Conformidades, sin embargo, pueden ofrecer recomendaciones, alternativas o sugerir acciones para lograr la conformidad.

#### Actividades Complementarias

#### Auditorías Complementarias

Una vez que se hayan corregido las no conformidades, el coordinador de la auditoría decide si se requiere una auditoría complementaria (puede no ser necesaria si la no conformidad fue menor y el auditado suministra evidencias objetivas adecuada de la acción correctiva). Si se requiere realizarla, el equipo auditor solo re-audita aquellas áreas específicas que se encontraron no conformes previamente.

Esta auditoría se considera como una auditoría separada y se diligencia otro informe de auditoría. Si el proceso tampoco es conforme esta vez, se diligencia otro registro de no conformidad (Si no hay respuesta de dos RNC para la misma no conformidad, entonces el coordinador de la auditoría usualmente notifica a la dirección).


#### Aprobación y Distribución del Informe de Auditoría

El informe de la auditoría debe emitirse en el período de tiempo acordado. Si esto no es posible, se debe comunicar al cliente de la auditoría las razones del retraso y acordar una nueva fecha de emisión.

El informe de la auditoría debe estar fechado, revisado y aprobado de acuerdo con los procedimientos del programa de auditoría.

El informe de la auditoría aprobado debe distribuirse entonces a los receptores designados

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 59 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

por el cliente de la auditoría.

El informe de la auditoría es propiedad del cliente de la auditoría. Los miembros del equipo auditor y todos los receptores del informe deben respetar y mantener la debida confidencialidad sobre el informe. Se diligenciará el formato: ES-CL-FO-007-INFORME DE AUDITORIA INTERNA (Anexo 5).

#### Finalización de la Auditoría

La auditoría finaliza cuando todas las actividades descritas en el plan de auditoría se hayan realizado y el informe de la auditoría aprobado se haya distribuido.

Los documentos pertenecientes a la auditoría deben conservarse o destruirse de común acuerdo entre las partes participantes y de acuerdo con los procedimientos del programa de auditoría y los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.

Salvo que sea requerido por ley, el equipo auditor y los responsables de la gestión del programa de auditoría no deben revelar el contenido de los documentos, cualquier otra información obtenida durante la auditoría, ni el informe de la auditoría a ninguna otra parte sin la aprobación explícita del cliente de la auditoría y, cuando sea apropiado, la del auditado. Si se requiere revelar el contenido de un documento de la auditoría, el cliente de la auditoría y el auditado deben ser informados tan pronto como sea posible.

#### Seguimiento y Revisión

Las conclusiones de la auditoría pueden indicar la necesidad de acciones correctivas, preventivas, o de mejora, según sea aplicable.

Tales acciones generalmente son decididas y emprendidas por el auditado en un intervalo de tiempo acordado y no se consideran parte de la auditoría. El auditado debe mantener informado al cliente de la auditoría sobre el estado de estas acciones.

Debe verificarse si se implementó la acción correctiva y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 60 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------


NOTA. El programa de auditoría puede especificar el seguimiento por parte de los miembros del equipo auditor, que aporte valor al utilizar su pericia. En estos casos, se debe tener cuidado para mantener la independencia en las actividades de auditoría posteriores.

El coordinador de la auditoría hace seguimiento, revisa el programa de auditorías y presenta regularmente resúmenes de desempeño a la dirección. Los indicadores clave de desempeño del programa incluyen:

- El número de auditorías realizadas, en comparación con el programa.
- El porcentaje de auditorías “conformes” (es decir, auditorías en las que no se presentaron Registro de no conformidades)
- El número de acciones correctivas no resueltas. Los registros de auditorías incluyen:
  - Lista de chequeo de auditorías
  - Informes de la auditoría
  - Revisiones de la auditoría
  - Programa de la auditoría
  - Registro del estado de la auditoría
  - Reporte del resumen de la auditoría
  - Evaluaciones del auditor
  - Calificaciones y competencias del auditor
  - Registro del auditor
  - Formación del auditor
  - Formatos de acciones de acciones correctivas
  - Horarios/planes de auditorías externas
  - Reportes de no conformidades
  - Registro de estado de reporte de no conformidades
  - Evidencia objetiva recogida durante la auditoría
  - Reportes de sugerencias de mejora.

**AUDITORÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE CALIDAD EN EL CENTRO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 61 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

**PROPÓSITO:**

Verificar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Calidad en el Centro de estudios de investigación en salud, de acuerdo con los protocolos, las condiciones y requisitos establecidos en la resolución 2378 del 27 de junio de 2008.

**ESTRUCTURA – PROCEDIMIENTO - MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN**

Se estructura bajo el modelo establecido en REDSALUD ARMENIA ESE, para realizar las auditorías generales de calidad.

El programa de auditoría se realizará de manera anual.

**PROCESO ENCARGADO DEL PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA:**

Aseguramiento de la calidad

**AUDITORES:**

Profesionales del proceso de aseguramiento de la calidad, quienes por requisito deberán contar con el curso de auditoría en calidad y en Buenas prácticas clínicas.


**AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Red Salud Armenia E.S.E toma el PAMEC como parte del marco estratégico y gerencial de la empresa, integrándolo a sus acciones permanentes de auditoría y al fortalecimiento de las competencias laborales de su personal, que se traducen en el fomento de la *Cultura de la Calidad* y la identificación de la causa *raíz* de las oportunidades de mejora identificadas, lo que conduce al mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad “PAMEC” se encamina a implementar, mantener y mejorar la aplicación de los estándares del Sistema Único de Acreditación. Define con precisión las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos que se consideren como prioritarios en la entidad y los orienta hacia la detección de desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada, para promover la

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 62 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

construcción de planes de mejora costo-efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de procesos en favor del usuario, buscando el mejoramiento continuo, la minimización de los riesgos en la atención en salud, la optimización de la gestión de la utilización y la satisfacción de clientes y partes interesadas.

Para la ejecución del PAMEC se debe:

- Contar con la Adopción de la metodología
- Aplicar el PHVA en el Ciclo de Mejoramiento continuo de la institución.
- Conformación de los equipos de autoevaluación por grupo de estándares
- Definición de las funciones del equipo auto evaluador.
- Entrega de documentación soporte para la autoevaluación, a cada líder de estándar.
- Realización De La Autoevaluación. Para el desarrollo de esta etapa los equipos de trabajo toman como base los estándares del Sistema Único de Acreditación (Res 123 de 2012). Se trabajan los grupos de estándares de: Clínico – Asistencial los cuales incluyen los estándares de IPS en Red, Gerencia, Direccionamiento, Talento humano, Ambiente físico, Sistemas de información y Tecnología
- Selección de procesos a mejorar. calificación de los estándares de acuerdo a lo contenido en la HOJA RADAR (Una vez finalizada etapa de calificación cualitativa, se procede a realizar la calificación cuantitativa de cada estándar utilizando como guía los criterios establecidos en la hoja radar del Sistema Único de Acreditación Res 1445 de 2006, (anexo 2), teniendo en cuenta el enfoque, la implementación y el resultado (5, 4, 3, 2,1).
- Priorización De Las Oportunidades De Mejoramiento elaborado con base en los criterios de valoración teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social.
- Cuantificar la brecha existente entre la calidad esperada y la observada, las oportunidades de mejoramiento priorizadas para Red Salud Armenia E.S.E, son aquellas que obtuvieron calificaciones de 125 puntos (algunos con 100, por la criticidad en su no cumplimiento).
- Formulación del plan de mejoramiento, mediante la aplicación del ciclo PHVA, el cual permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación
- Definición de acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora de acuerdo a la guía de la mejora continua y PAMEC
- Identificación de las barreras que impedirían su realización (Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 63 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

acciones de mejoramiento).

- Identificar el Proceso Responsable: Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos de la E.S.E.
- Persona Responsable: Cargo y nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.
- Cronograma: Indica cuando se planea realizar la oportunidad de mejora.  
Seguimiento(s): Indica el responsable y las fechas en las cuales se realizará seguimiento a la implementación del Plan. Para definir el estado de cada acción de mejoramiento se determina que la calificación será dada en los términos de: Completo (color verde), En desarrollo (color amarillo), Atrasado (Azul), No iniciado (Rojo)
- Indicadores de mejoramiento: Los indicadores que se emplearan para evaluar el impacto del plan de mejoramiento se deben alinear con los atributos de calidad que en conjunto se impactarán positivamente. Se señala que para la medición del PAMEC se utilizan además los indicadores de la Resolución 256 del 2016. y de la resolución 743 del 2013, según aplique.
- Estrategias para el despliegue del PAMEC

Red Salud Armenia E.S.E desarrolla tres (3) tipos de estrategias, las cuales forman un conjunto de lineamientos sinérgicos que permiten orientar los esfuerzos de la organización en la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

### 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

RED Salud Armenia E.S.E, tiene establecidos como medición de los procesos la ejecución de los planes operativos anuales POAs, los cuales se les hacen medición de forma trimestral con la respectiva elaboración acciones correctivas en caso de incumplimiento en la ejecución de los procesos.

### 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio

El seguimiento a la prestación del servicio se realiza a través de la auditoria de historias clínicas, donde además de analizar el contenido de las historias clínicas se evalúa la adherencia a las guías y/o protocolos de atención. Dichas auditorias son llevadas a cabo por las áreas de medicina, enfermería y odontología.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 64 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

El área de laboratorio clínico realiza supervisión al proceso de toma de muestras.

De igual forma se realiza seguimiento a la prestación del servicio a través de la ejecución de los comités de carácter asistencial.

### 8.3 Control del Servicio no Conforme

Red Salud Armenia E.S.E, tiene establecido dentro de su sistema como producto no conforme la generación de atenciones inseguras que pueden clasificarse como un evento adverso, complicación o incidente dependiendo de dónde se derivan y si generan daño o no al usuario.


Por ello la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, se enmarcó en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” ([www.minproteccion-social.gov.co](http://www.minproteccion-social.gov.co)), emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de Marzo de 2010, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Y tiene como objetivo principal incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio en RED SALUD ARMENIA ESE, a través del Programa de Seguridad del Paciente.

### 8.4 Análisis de Datos

La entidad determina, recopila y analiza los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes apropiados para demostrar la idoneidad, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, con el propósito de realizar autoevaluación cualitativa y cuantitativa anual de los procesos instituciones con base en el comportamiento de la vigencia inmediatamente anterior frente a los estándares de acreditación

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 65 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

## 8.5 Mejora

### 8.5.1 Mejora Continua

La entidad mejora continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el desarrollo del programa de seguridad del paciente, el análisis de indicadores del sistema de información para la calidad y el seguimiento a la ejecución de planes de mejoramiento (acciones preventivas y/o correctivas).

### 8.5.2 Acción correctiva y preventiva

1. **Identificar Situación que Origina la Solicitud:** Los dueños de procesos o los auditores de calidad identifican las situaciones que dan origen a las solicitudes de acción correctiva o preventiva por cualquiera de las siguientes fuentes: (auditorías, revisión por la dirección, control interno, queja o reclamo, análisis de datos o propia del área, indicadores y normas que le aplican). Las solicitudes de acción correctiva se levantarán cuando se identifique una no conformidad frente a cualquier requisito del sistema de gestión de la calidad. Las solicitudes de acción preventiva se levantarán cuando se identifique un incumplimiento potencial de algún requisito del sistema de gestión de la calidad y que en el futuro pudiera convertirse en una no conformidad.
2. **Registrar la Solicitud:** Los Líderes de cada proceso, una vez identificada la situación que origina la solicitud, procederán a registrar en el formato correspondiente la solicitud de acción preventiva o correctiva según el caso formato: ES-CL-FO-037-SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA (Anexo 6). Esta solicitud deberá realizarse con un tiempo no mayor a tres días hábiles, posterior a la detección del hallazgo.
3. **Validar Solicitud:** El líder del equipo de auditoría o líder del proceso, en el caso del SIAU, revisa las solicitudes para validar si estas se encuentran bien identificadas, sustentadas, y si en realidad corresponden a una no conformidad o un incumplimiento potencial de un requisito del sistema. Si determina que la solicitud se encuentra bien levantada, la aprueba y la envía al responsable del área afectada. Si determina que la solicitud no tiene

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 66 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

fundamento, la descarta informando la decisión al funcionario que la levantó, El auditor de calidad informará periódicamente a Control Interno de la radicación de las acciones correctivas y preventivas.

4. Analizar Causa que Origina la Solicitud: Los dueños de procesos, responsables de dar tratamiento a las solicitudes de acciones correctivas o preventivas, una vez son notificados de la solicitud proceden a identificar junto con las personas involucradas, las causas que la originaron y la causa raíz, la cual debe quedar registrada en el formato ES-CI-FO-004 Planes de Mejoramiento (Anexo 7), máximo ocho días hábiles posterior a la notificación.
5. Definir Plan de Acción: Los dueños de procesos, una vez tienen la causa raíz identificada, proceden a definir el plan de acción que se debe implementar para la eliminación de dicha causa, explicando claramente las acciones a implementar y la fecha límite de ejecución la cual no podrá ser mayor a tres meses, si es un hallazgo grave debe subsanarse de forma inmediata, esta será diligenciado en el campo de plan de acción del formato ES-CI-FO-004 Planes de Mejoramiento (Anexo 7); copia de este plan se envía a control interno.
6. Ejecutar Actividades del Plan de Acción: Los responsables de dar tratamiento a las solicitudes de acción preventiva o correctiva, en los plazos establecidos, proceden a gestionar los recursos necesarios para la ejecución de las actividades y dar cumplimiento a los planes de acción definidos, registrando los seguimientos en el formato ES-CI-FO-004 Planes de Mejoramiento (Anexo 7).
7. Verificar Eficacia de la Acciones Tomadas: el área de control interno o calidad, verificará mediante evidencia objetiva que las acciones tomadas hayan sido suficientes para corregir la causa raíz identificada en la no conformidad, corregir la no conformidad y asegurar que no se vuelva a repetir. La verificación de la eficacia de las acciones tomadas se debe hacer mediante una auditoría de seguimiento de acuerdo al procedimiento para auditoría interna. El resultado de la verificación de las acciones debe quedar registrado en el campo de seguimiento y cierre del formato ES-CI-FO-004 Planes de Mejoramiento (Anexo 7), sin importar si la acción fue cerrada o no.
8. Definir Nuevo Plan de Acción: Los dueños de procesos responsables de dar tratamiento a las solicitudes de acciones preventivas o correctivas, cuando se determine que las

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 67 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

acciones tomadas no fueron eficaces para corregir la causa raíz identificada, proceden a generar una nueva acción de mejora tal como lo establece la actividad N° 5 de este procedimiento, y continuaran con el paso 7.

### 8.6 Auditoria Externa

**Recibir notificación de visita de auditoría externa:** Mediante comunicación escrita y/o electrónica se recibe notificación de visita de auditoría externa por parte de: EPS, Secretaría de Salud Departamental- Municipal, Invima, comité de ética, patrocinadores y demás entidades regulatorias, en la cual se informa fecha de auditoría, objetivo de la misma y aspectos a evaluar.

**Comunicar al responsable del proceso a auditar programación de auditoría externa:** De acuerdo a la comunicación recibida se identifica el o los procesos a auditar, para lo cual se da traslado de la comunicación a los líderes de dichos procesos, quienes deberán confirmar su disponibilidad para recibir la auditoría, a la entidad respectiva. En caso de no poder atenderse la visita en las fechas inicialmente programadas, el responsable del proceso deberá comunicarse de manera inmediata con la persona de contacto de la entidad que realizará la auditoría a fin de solicitar su reprogramación.


**Designar oficialmente el equipo de trabajo para recibir la auditoria externa:** El líder de proceso revisa los aspectos a evaluar de acuerdo al comunicado enviado por la entidad que realizará la auditoría externa, e identifica las personas que serán objeto de la misma, es decir que actuarán en calidad de auditados para conformar y designar oficialmente el equipo que atenderá la visita de auditoría por parte de la entidad.

**Preparar las condiciones requeridas para la auditoría externa:** Una vez conformado el equipo de trabajo que atenderá la visita de auditoría, se analizarán las solicitudes realizadas por la entidad externa en su comunicado y se prepararán las condiciones requeridas para la auditoría (alistamiento de documentos, evidencias de cumplimiento de actividades, entre otros).

**Participar en la reunión de apertura de la auditoría externa:** El equipo técnico de la ESE y/o el equipo investigador designado para atender la visita participan en la reunión de

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 68 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

apertura, con el fin de conocer los procedimientos que serán aplicados por los auditores para el desarrollo de la auditoría, donde tendrán la oportunidad de aclarar dudas y presentar sugerencias u observaciones sobre el proceso auditor.

**Suministrar la información solicitada por el equipo auditor y atender requerimientos durante la auditoría:** Durante la auditoría el equipo técnico de la ESE y/o el Equipo investigador suministrarán la información requerida por los auditores y atenderá los requerimientos realizados, a fin de facilitar el normal desarrollo de la auditoría interna.

**Participar en la reunión de cierre de la auditoría:** Una vez finalizada la auditoría externa, el equipo técnico de la ESE y/o el Equipo investigador deberá hacer presencia en la reunión de cierre, con el fin de estar al tanto de los hallazgos detectados durante la auditoría, de poder ser el caso soportar o debatir aspectos con los cuales no se esté de acuerdo.

**Analizar informe de auditoría y controvertir hallazgos:** Recibido el informe de la auditoría externa realizada, se analizarán los hallazgos descritos y se discutirá su pertinencia entre los miembros del equipo técnico, para lo cual se controvertirán los hallazgos donde la entidad tenga evidencia de cumplimiento y se enviará informe debidamente sustentado y soportado a la entidad que realizó la auditoría para su estudio.


Para el caso de las auditorías y monitorias realizadas al centro de investigación, los hallazgos serán resueltos en su mayoría durante las mismas, los pendientes serán resueltos en el tiempo transcurrido entre la monitoria realizada y la siguiente monitoria, estas acciones podrán ser enviadas por correo electrónico y verificadas en la próxima monitoria.

**Levantar plan de mejora derivado de los hallazgos que quedaron en firme de la auditoría:** De acuerdo a los hallazgos que quedaron en firme del informe de auditoría externa, se levantará un plan de mejora en el formato ES-CI-FO-004 Planes de Mejoramiento (Anexo 7) donde se definirán acciones concretas, responsables y fechas de cumplimiento.

Para el caso del centro de investigación se realizará la acción correctiva en lo posible durante la monitoria y esta quedará registrada dentro del reporte de la misma, se realiza el debido entrenamiento evidenciado en el formato training log de cada estudio y en el registro de log de entrenamiento específico del centro. Adicionalmente se reportarán las debidas desviaciones y violaciones a comité de ética y patrocinador.

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 69 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

**Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento:** Periódicamente se realizará seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento, para lo cual el líder del proceso que fue auditado debe contar con las evidencias que soporten la gestión adelantada y que permitan medir el porcentaje de ejecución del mismo.

**Informar a la entidad que realizó la auditoría externa el avance y/o cumplimiento del plan de mejoramiento:** Cuando se tengan avances importantes o se haya cumplido la ejecución total del plan se informará por escrito a la entidad que realizó la auditoría de externa, relacionando la gestión adelantada y las evidencias respectivas. Sin embargo, si el auditor externo dispone, se tendrán las evidencias del cumplimiento hasta que realice nuevamente otra auditoría.


## 9. Anexos

Anexo 1: ES-CL-FO-035 Plan anual de Auditorías

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	--

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 70 de 76


<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8</b>		Código: ES-CL-FO-035	
			Versión: 1	
			Fecha de elaboración: 08/06/2017	
			Fecha de revisión: 09/06/2017	
			Página: 1 de 1	
Nombre del documento:	Plan Anual de Auditorías	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional	
<b>Proceso</b>	<b>Responsable</b>	<b>Alcance de la Auditoría</b>	<b>Audidores</b>	<b>Fecha</b>
Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Gerente		
<b>Anexo 2: ES-CL-FO-036-Asignacion De Tarea Al Equipo Auditor</b>				

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 71 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: ES-CL-FO-036	
		Versión: 1	
		Fecha de elaboración: 08/06/2017	
		Fecha de revisión: 09/06/2017	
		Página: 1 de 1	
Nombre del documento:	ASIGNACION DE TAREAS AL EQUIPO AUDITOR	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
<b>ASIGNACIÓN DE TAREAS AL EQUIPO AUDITOR</b>			
<b>Fecha:</b>	<b>Auditoría No.</b>		
No.	NOMBRE AUDITOR	CLASE (Líder, Auditor)	TAREAS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
<b>Observaciones:</b>			
<b>líder del proceso auditado:</b>			
<b>Auditor:</b>			
<b>Auditado:</b>			
ELABORO: Calidad	REVISO: Comité de Archivo	APROBO:	Gerencia

Anexo 3: ES-CL-FO-038 Apertura De Auditoria Interna

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 72 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8		Código: ES-CL-FO-038
			Versión: 1
			Fecha de elaboración: 08/06/2017
			Fecha de revisión: 09/06/2017
			Página: 1 de 1
Nombre del documento:	APERTURA AUDITORIA INTERNA	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
<b>APERTURA DE LA AUDITORÍA INTERNA</b>			
Fecha:	Auditoría No.		
Proceso:			
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDADES</b>		
1.	<b>Presentación del equipo auditor:</b>		
2.	<b>Revisión y confirmación del plan de auditoría y calendario:</b>		
3.	<b>Resumen del desarrollo de las actividades de la auditoría:</b>		
4.	<b>Socialización de los objetivos, el alcance y los requisitos a cumplir por la auditoría:</b> <b>OBJETIVO:</b> <b>ALCANCE:</b> <b>REQUISITOS:</b>		
5.	<b>Confirmación de los cronogramas, fecha y hora de reunión de cierre.</b>		
7.	<b>Confirmación de los canales de comunicación:</b>		
8.	<b>Información acerca de las condiciones por las cuales puede darse por terminada la auditoría:</b>		
9.	<b>Confirmación de los aspectos relacionados con la confidencialidad:</b>		
10.	<b>Explicación del método de los reportes de no conformidades:</b>		
11.	<b>Observaciones y preguntas por parte del auditado.</b>		
<b>No.</b>	<b>ASISTENTE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
1			

Anexo 4: ES-CL-FO-039-Cierre De Auditoria Interna

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 73 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>		Código: ES-CL-FO-039
			Versión: 1
			Fecha de elaboración: 08/06/2017
			Fecha de revisión: 09/06/2017
			Página: 1 de 1
Nombre del documento:	Cierre de Auditoría Interna	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
<b>CIERRE DE LA AUDITORIA INTERNA</b>			
<b>Fecha:</b>	<b>Auditoría No.</b>		
<b>Proceso auditado:</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>			
<b>No.</b>			
1	Agradecer a los auditados		
2	Reconfirmar el objetivo y el alcance de la auditoría		
3	Explicar las categorías de no conformidades.		
4	Dar la palabra a cada auditor para presentar el resumen de los hallazgos		
5	Presentar el resumen y las conclusiones del equipo auditor por parte del líder		
6	Abrir espacio para solucionar opiniones divergentes relativas a los hallazgos y conclusiones, de no resolverse las dos opiniones deben registrarse		
7	Asegurar la confidencialidad.		
8	Solicitar preguntas al auditado.		
9	Acordar las fechas para el cierre de las acciones preventivas y/o correctivas.		
10	Presentar recomendaciones para la mejora en caso de estar especificado en los objetivos de la auditoría.		
11	Dar por terminada la reunión.		
<b>No.</b>	<b>ASISTENTE</b>		<b>CARGO</b>
1.			
2.			

Anexo 5: ES-CL-FO-007-Informe De Auditoria Interna

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 74 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8</b>	Código: ES-CL-FO-007	
		Versión: 2	
		Fecha de elaboración: 17/03/2014	
		Fecha de revisión: 09/06/2017	
		Página: 1 de 1	
Nombre del documento:	Informe de Auditoria Interna	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
<b>INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA</b>			
Informe No. _____		Fecha: _____	Página __ de __
Área o actividad auditada	Responsable del área o actividad		
Objetivo de la Auditoria			
Alcance de la Auditoria			
Fecha de la Auditoria			
Plan de Auditoria			
<b>Resultados de acciones correctivas de no conformidades anteriores solucionadas y pendientes:</b>			
<b>Hallazgos de la auditoria:</b>			
<b>Conformidades:</b>			
<b>No Conformidades:</b>			

Anexo 6: ES-CL-FO-037-Solicitud De Acción Correctiva

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 75 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8</b>		Código: ES-CL-FO-037
			Versión: 1
			Fecha de elaboración: 08/06/2017
			Fecha de revisión: 09/06/2017
			Página: 1 de 1
Nombre del documento:	Solicitud de Acción Correctiva	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
No Conformidad No.	Auditoría No.		
Observación No.			
<b>Descripción de la No conformidad:</b>			
<b>Acción correctiva</b>			
Firma del auditor		Firma del representante del área	
Fecha:			
ELABORO: Calidad	REVISO: Comité de Archivi	APROBO: Gerencia	


Anexo 7: Formato ES-CI-FO-004 Planes de Mejoramiento

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: E-DE-C-M-018
		Versión: 4
		Fecha de actualización: 29/06/2017
		Fecha de revisión: 19/11/2014
		Página: 76 de 76

<b>Nombre del Documento:</b>	Manual de Calidad	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT: 801001440-8</b>		Código: ES-CI-FO-004
			Versión: 3
			Fecha de elaboración: 17/03/2014
			Fecha de revisión: 09/06/2017
			Página : 1 de 1
<b>Nombre del documento:</b>	Planes de Mejoramiento	<b>Unidad Administrativa</b>	Subgerencia de Planificación Institucional
FECHA	<b>TIPO DE PLAN:</b> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Por Proceso		<b>TIPO DE ACCIÓN:</b> <input type="checkbox"/> Correctiva <input type="checkbox"/> Preventiva
<b>DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD O HALLAZGO</b>			
<b>ORIGEN:</b>	<b>QUIEN SOLICITA LA ACCION:</b>	<b>PROCESO AL QUE SOLICITA LA ACCION:</b>	
<input type="checkbox"/> Auditorias internas o externas <input type="checkbox"/> Servicio no conforme <input type="checkbox"/> Revisiones <input type="checkbox"/> Evaluación de desempeño <input type="checkbox"/> Analisis de atenciones inseguras <input type="checkbox"/> Analisis de Indicadores	<b>DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD:</b>  		
<b>DATOS DE AUDITORIA (si aplica)</b> <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa			
<b>NUMERO:</b>			
<b>FECHA:</b>			
<b>RESPONSABLE DE TRAMITAR LA ACCION</b>			
<b>NOMBRE- CARGO Y FIRMA</b>			<b>FECHA DE ENTREGA</b>
<b>ANALISIS DE CAUSAS</b>			
Por qué? - 1:			
Por qué? - 2:			
Por qué? - 3:			
Por qué? - 4:			
Por qué? - 5:			
<b>PLAN DE ACCION</b>			

Elaboró: Calidad	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Comité Institucional de Desarrollo Administrativo
------------------	---------------------------	---