



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Código	PE
		Fecha	2019-09-17
		Versión	3.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
-------------	----------	-------	------------

Objetivo

Dirigir y orientar la formulación de la planeación estratégica y operativa de la Entidad y realizar su seguimiento y control, mediante la aplicación de metodologías e instrumentos de planeación y evaluación, para garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los clientes internos y externos destinatarios de los productos y servicios que oferta la entidad, promoviendo y asegurando el mejoramiento continuo de la gestión institucional.

Responsable

Director General, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Subdirector Gestión Administrativa

Alcance

Inicia desde la emisión de lineamientos para realizar la planeación estratégica y operativa de la entidad y finaliza con el seguimiento y control a la ejecución de planes, programas y proyectos institucionales

Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> - ID03-PE. Oportunidad en el reporte de ejecución trimestral a los proyectos de inversión por parte de los referentes - ID05-GAF. Solicitudes de soporte técnico con respuesta oportuna

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Gestión de la Planeación Estratégica Gestión Administrativa Y Financiera	1) Plan Nacional de Desarrollo Metodología definida para la formulación del Plan de Desarrollo Departamental Normatividad Vigente Plan Decenal de Salud Pública Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social	(P, H, V) DETERMINAR EL COMPONENTE DE SALUD DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL Responsables: Director General, Lideres de proceso, Equipo de Planeación, Subdirectores	1) Plan de Desarrollo Componente Sector Salud Seguimiento a metas del plan de desarrollo	1) Todos los procesos de la entidad
1) Procesos Estratégicos, Misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento de la Entidad	1) Plan de Gobierno Nacional Plan de Desarrollo de Caldas Agenda de competitividad Estudios del sector Evaluación del Plan Estratégico anterior. Informes de Gestión. Planes de mejoramiento. Informes de Rendición de cuentas. Normatividad aplicable. Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública	(P, H, V) DETERMINAR EL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL Responsables: Director General, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Subdirectores	1) Plan Estratégico Institucional	1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la entidad
1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo de la entidad	1) Plan de Desarrollo Departamental Aprobado Plan Plurianual de inversiones Plan Decenal de Salud Pública Lineamientos para elaboración de Plan de Acción Y POAI Lineamientos del Ministerio de salud y Protección Social Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública	(P, H, V, A) DETERMINAR PLAN DE ACCION Y PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES Responsables: Director General, Equipo de Planeación, Subdirectores	1) Plan de Acción para la vigencia Plan Operativo Anual de inversiones (POAI) Planes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la entidad
1) Gestión de Planeación Estratégica	1) Normas vigentes que establecen competencia de la DTSC para su articulación intersectorial. Lineamientos del Plan del Desarrollo	(P, H, V, A) GESTIÓN INTERSECTORIAL Responsables: Director General, Lideres de proceso, Referentes Temáticos, Subdirectores	1) Plan de acción ejecutados para el cumplimiento de competencias o políticas. Cumplimiento de plan de desarrollo y plan decenal de salud pública (inclusión de procedimiento en planeación estratégica)	1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la entidad

<p>1) Procesos Misionales y Estratégicos de la entidad</p>	<p>1) Políticas y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud Protocolos de fuentes de información Datos Certificado de defunción Datos Certificado de nacido vivo, Datos SIVIGILA, RIPS Registros del laboratorio de salud pública, Perfil Epidemiológico del Departamento Datos SISBAN, Reporte del PAI, Reporte Ficha familiar. Indicadores de Planeación Departamental Datos SISBEN</p>	<p>(P, H, V) OBSERVATORIO DE SALUD PUBLICA Responsables: Director General, Profesional Especializado-Observatorio Social</p>	<p>1) Plataforma del observatorio de salud pública con información actualizada, clasificada y disponible para consulta, toma de decisiones y priorización de intervenciones.</p>	<p>1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la entidad</p>
<p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control</p>	<p>1) Plan de Adquisiciones Plan estratégico de tecnologías de la información y comunicaciones PETI Lineamientos para Seguridad de la Información de acuerdo con la normatividad vigente Lineamientos para la Administración de la Infraestructura Tecnológica Solicitudes de Servicio</p>	<p>(P, H, V) ADMINISTRACIÓN DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC Responsables: Profesional Universitario - Sistemas, Subdirector Gestión Administrativa, Grupo de Sistemas</p>	<p>1) Eventos, Incidentes y Problemas registrados, atendidos y cerrados Reportes de servicio y soporte en sitio o virtual Servicios/requerimientos atendidos Reportes de disponibilidad, capacidad y continuidad de servicios de conectividad Reportes de sistemas de seguridad informática Controles de seguridad sobre la plataforma tecnológica aplicados</p>	<p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control</p>

<p>1) Todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la entidad</p>	<p>1) Avance en los indicadores del Plan Estratégico Avance en las iniciativas y acciones estratégicas Informes de evaluación de procesos, de resultados y de impacto Ejecución de Planes Operativos Fichas de seguimiento a proyectos Informes de ejecución presupuestal Informes de seguimiento Informes de Gestión Informes de mediciones de impacto y de satisfacción</p>	<p>(V) EVALUAR LA GESTIÓN DEL PROCESO Responsables: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p>	<p>1) Informes de Seguimiento a procesos Matriz de Riesgos de la Entidad Reportes de Ejecución presupuestal Alertas en logro de metas</p>	<p>1) Procesos Misional, Estratégicos y de apoyo de la entidad</p>
<p>1) Proceso Gestión de Evaluación y Control</p>	<p>1) Resultados del seguimiento y evaluación a los Procesos Informe de auditorías internas y externas, Informe de Gestión</p>	<p>(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Profesional Especializado-Observatorio Social, Equipo de Planeación, Subdirectores, Funcionarios</p>	<p>1) Impactos mitigados Riesgos mitigados Controles implementados Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces</p>	<p>1) Proceso de Gestión de la Evaluación y Control</p>

Requisitos aplicables

NTCGP 1000:2009
5.1. Compromiso de la dirección
5.5.1 Responsabilidad y autoridad
5.5.2. Representante de la dirección
6.1. Provisión de recursos
7.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio
7.3. Diseño y desarrollo
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos
8.4. Análisis de datos
8.5.1. Mejora continua

Copia no controlada

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-PE	SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO
P02-PE	FORMULACION, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL
P03-PE	FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION Y POAI
P05-PE	OBSERVATORIO SOCIAL
P06-PE	DISEÑO DE PROYECTOS
P07-PE	ADMINISTRACIÓN DE LAS TICS
P08-PE	GESTIÓN INTERSECTORIAL


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2015-09-25
	Procedimiento: SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO		Versión	2.0

Objetivo

Establecer las actividades necesarias para monitorear el cumplimiento a las metas del Plan de Desarrollo teniendo en cuenta la metodología definida por la Gobernación de Caldas y dando repuesta a las necesidades e intereses del estado y la sociedad en el área de la salud.

Responsable

Director General, -Subdirectores -Equipo de planeación

Alcance

Inicia con la recepción del plan de desarrollo aprobado por ordenanza y termina con el seguimiento al cumplimiento de las metas definidas en el plan de desarrollo, análisis y la toma de acciones de requerirse.

Generalidades

1. El Plan de Salud Territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo -Ley 152 de 1994.
2. La formulación del plan de desarrollo se efectúa de acuerdo con la metodología definida por el Gobernador que inicie el periodo.
3. Es responsabilidad de los subdirector y sus equipos de trabajo velar por el cumplimiento oportuno de las metas definidas en el plan de desarrollo.
4. El seguimiento al plan de desarrollo permite que la DTSC se autoevalúe y adopte las medidas necesarias para cumplir con sus compromisos oportunamente e informar a los órganos de control y a la comunidad sobre su cumplimiento.
5. La rendición de cuentas se realiza de acuerdo con los parámetros establecidos en la normatividad vigente, dando a conocer los resultados del plan de desarrollo, con su ejecución presupuestal y demás información que soporta la gestión de la entidad.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P01-PE	Inscripción propuestas rendición cuentas	2.0
Formatos	F002-P01-PE	Evaluacion rendicion de cuentas	4.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepción del Plan de Desarrollo	Asamblea Departamental - Equipo de Planeación	El plan de desarrollo es aprobado por la Asamblea Departamental mediante ordenanza, la cual se publica en la pagina Web de la Asamblea para dar inicio a su ejecución.	Ordenanza de aprobación del plan de desarrollo
3. Definición de responsables de metas	Director General-Subdirectores-Planeación	Para cada una de las metas definidas en el Plan de Desarrollo a cargo de la DTSC, se identifica el responsable de liderar las actividades y reportar el cumplimiento de las mismas.	Acta de Comité Técnico
4. Consolidación del seguimiento al cumplimiento de las metas del plan de desarrollo	Secretaría de Planeación - Gobernación de Caldas	La Secretaria de Planeación define la metodología que utilizará para realizar el seguimiento y monitoreo a las metas definidas en el plan de desarrollo. La oficina de planeación de la DTSC de acuerdo con las directrices de la secretaria de planeación solicita y consolida el seguimiento de cada una de las metas realizado por los responsables, conforme con la periodicidad establecida.	Planeación de la DTSC Subdirectores Referentes de programas
5. Socialización de los resultados del seguimiento a las metas del plan de desarrollo	Equipo de planeación-Director General-Subdirectores	El seguimiento al cumplimiento de las metas del plan de desarrollo son presentados trimestralmente al Director General y los subdirectores, para su análisis, donde se define las acciones correctiva, preventivas o de mejora pertinentes.	Metas de plan de desarrollo con medición Acta de reunión
6. Incumplimiento de la meta conforme a lo planeado?		Si no se aprueba pasa a la actividad 7, de lo contrario pasa a la actividad 8	
7. Establecer acciones correctivas y/o de mejora	Equipo de planeación. Director General-Subdirectores	Si las metas presentan retraso o incumplimiento según lo planeado se establecen las acciones que se desarrollaran, para dar cumplimiento en los siguientes trimestre.	Acciones correctivas, preventivas y de mejora
10. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: OBSERVATORIO SOCIAL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P05-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2017-10-10
	Procedimiento: OBSERVATORIO SOCIAL		Versión	3.0

Objetivo

Definir los lineamientos de funcionamiento del Observatorio de Salud Pública departamental, como herramienta para la toma de decisiones, basado en la fuentes de información de todos los niveles para la gestión del conocimiento.

Responsable

Profesional Especializado- Observatorio Social, Subdirector de Salud Pública, Responsable del Observatorio Social- Profesionales de Apoyo del O.S.P

Alcance

Inicia desde la definición de fuentes de recolección de información hasta la gestión del conocimiento, y el seguimiento y control.

Generalidades

El observatorio departamental de salud pública es un Sistema inteligente que compila recursos tecnológicos, financieros, epidemiológicos y humanos entre otros, para la toma de decisiones desde el gobierno departamental basado en las fuentes de información de todos los niveles para gestión del conocimiento. Su finalidad es identificar riesgos sociales y generales para la salud de las comunidades, construir políticas saludables y orientar el uso eficiente, oportuno y transparente de los recursos para las intervenciones.

Identificación de fuentes

- 1 Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad
- 2 Registro único de afiliados (ruaf)
- 3 Planilla integrada de liquidación de aportes (pila)
- 4 Registro individual de prestaciones de servicios de salud (rips)
- 5 Registro único de población desplazada (rupd)
- 6 Sisben
- 7 Red Unidos
- 8 Base de datos única de afiliación (bdua)
- 9 Asistencia social de ruaf (familias en acción)
- 10 Información de servicios de salud
- 11 Registro nominal de vacunaciones - PAI Nominal web
- 12 Eventos de notificación obligatoria del Sivigila
- 13 Estadísticas vitales
- 14 Actividades de protección específica y detección temprana (pedt)
- 15 Registro de enfermedad renal crónica y cardiovascular de la cuenta de alto costo
- 16 Registro de VIH/sida de la cuenta de alto costo
- 17 Información de reclamaciones al Fisga (ecat)
- 18 Información de reclamaciones al Fisga (recobros, medicamentos y tutelas)
- 19 Registro de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita
- 20 Censo de enfermedades raras
- 21 Información de lesiones por causa externa (Sivelce)
- 22 Registros poblacionales de cáncer
- 23 Declaratoria de salud de las EPS
- 24 Registro único de víctimas (ruv) Unarif
- 25 Seguimiento de dispensación de medicamentos nuevos
- 26 Compensados
- 27 Simat Min educación
- 28 Laboratorio de salud pública
- 29 Historia clínica
- 30 Historia CLAP

Sistemas Integradores: SIISo -SIIG -SIISa

El Observatorio de Salud Pública genera información para la gestión del conocimiento y definición de intervenciones en temas como:

Violencias, Salud mental, ITS, VIH/SIDA, Salud materna, embarazo adolescente, Interrupción voluntaria del embarazo, SAN, Medicamentos y tecnologías, Envejecimiento y vejez, Enfermedades crónicas, Cáncer, Discapacidad, APS, Calidad y seguimiento actores de salud, Infancia y adolescencia, PAI, Salud ambiental, Eventos de notificación obligatoria, Enfermedades huérfanas, PDSP, ODM, Actividades preventivas en salud.

Gestión de atributos del Dato: Se verifica que el dato cumpla con los siguientes atributos: pertinencia, Continuidad, Exactitud, oportunidad, accesibilidad, comparabilidad, coherencia, Transparencia, Interpretabilidad, Completitud.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL	M001-P05-PE	Manual Operativo Observatorio Social	1.0
Formatos	F001-P05-GE	Ficha Técnica de Indicadores del Observatorio Social	2.0
Formatos	F002-P05-GE	Acuerdo de Confidencialidad Comité De Ética y Bioética de la Investigación	1.0
Formatos	F002-P05-GE	Acuerdo de Confidencialidad Comité De Ética y Bioética de la Investigación	1.0
Formatos	F003-P05-GE	Ficha Técnica para Presentación de Proyecto de Investigación	2.0
Formatos	F004-P05-GE	Ficha Técnica Información Estadística	1.0
Formatos	F005-P05-GE	Lista de Chequeo Verificación para Ajustes a SIVIGILA	1.0
Formatos	F006-P05-GE	Lista de Chequeo Actualización Indicadores Observatorio Social de Salud DTSC	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. INICIO			
2. Definir fuentes de información y protocolos de recepción	Responsable del Observatorio de Salud Pública	<p>Para la definición de fuentes de información se tienen en cuenta los siguientes parámetros: Disponibilidad de la fuente, que sea oficial y que la información se pueda validar.</p> <p>Las fuentes internas de información para el observatorio son: Certificado de defunción, certificado de nacido vivo, Sivigila, RIPS, registros de laboratorio de salud pública, SISBAN, PAI, Base de datos de aseguramiento, Ficha familiar.</p> <p>Las fuentes externas de información para el observatorio son: SIMAC; SISBEN; familia RED Unidos, Indicadores de Planeación Departamental,</p>	Protocolos según fuente
3. Recolectar datos y controlar la calidad de los mismos	Responsable O.S.P - Profesionales de Apoyo O.S.P - Equipo Técnico Asesor	<p>La frecuencia y modo de recolección de información varía según la fuente, y se realiza según los protocolos establecidos y que se anexan al proceso.</p> <p>Control de la calidad del dato La validación de se realiza en 3 momentos así: a. En la captura de datos b. En el procesamiento de la información c. En la salida de datos</p> <p>Además se cuenta con un Equipo Técnico - Asesor, el cual valida la pertinencia y calidad de la información a procesar y publicar en el observatorio.</p>	Actas
4. Administrar datos	Responsable O.S.P - Profesionales de Apoyo O.S.P	Se tienen establecidas varias rutinas de análisis de datos, en programas como: SPSS, Epiinfo, Epidat, Arcgis, Visual Fox Pro, Macros de Excel, de acuerdo a las necesidades de análisis de la información recolectada, con el fin de automatizar las salidas de información y visualización de la misma (Formas en las cuales se va a presentar la información al público: Geo referenciada, Archivos Planos, tablas, gráficos, visualización multimedia).	Información Automatizada
5. Definición de salidas de información	Responsable O.S.P - Profesionales de Apoyo O.S.P	<p>Se define el medio para la publicación de la información, la cual puede ser a través de Bases de Datos, Cubos de información, tableros de indicadores, entre otros.</p> <p>Se define que información se puede publicar y cual no. Además según el tipo de cliente se establece la forma de presentar la información: Público general (pagina WEB), organismos de Control (Formatos propios), Cliente Interno (según las necesidades); organismos Gubernamentales y no Gubernamentales .</p>	Publicaciones de información en el O.S.P
6. Gestión del conocimiento	Responsable O.S.P - Comité Técnico DTSC - Equipo de Planeación	<p>Para la gestión del conocimiento se realizan las siguientes actividades: Definir líneas de base y actualización periódica Fomentar líneas de investigación Identificar y adelantar la estructura y publicación de informes y artículos de investigación para aumentar la evidencia disponible. Establecer grupos de medición y modelos de análisis periódicamente Planear la disseminación y difusión de información generada.</p>	Publicaciones Actas de reunión
7. Evaluación y seguimiento	Responsable O.S.P - Comité Técnico DTSC - Equipo de Planeación	<p>Para garantizar sostenibilidad y continuidad en el tiempo se coordinan actividades de análisis a través de Comités Intersectoriales y Transectoriales, con participación de la comunidad.</p> <p>Igualmente se efectúa seguimiento y evaluación de los resultados e insumos generados por el observatorio a través del tablero de los indicadores de gestión y evaluación.</p>	Actas de reunión Indicadores

8. FIN			
--------	--	--	--


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: FORMULACION, IMPLEMENTACION Y
SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATEGICO
INSTITUCIONAL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2021-12-30
	Procedimiento: FORMULACION, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		Versión	4.0

Objetivo

Establecer las líneas estratégicas de acción en el mediano y largo plazo, realizando el seguimiento sobre el avance de las mismas

Responsable

Director General, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Alcance

Este procedimiento inicia con la determinación de la metodología de planificación a implementar y finaliza con la evaluación de cumplimiento del Plan Estratégico Institucional.

Generalidades

1. El Plan Estratégico Institucional permite al Equipo Directivo establecer los elementos y controles estratégicos para la proyección institucional.
2. El Plan Estratégico se formula para el mediano y largo plazo, sin embargo es de aclarar que se podrán realizar ajustes o modificaciones al mismo, en concordancia con los cambios de Dirección, misión, visión, valores y/o normatividad vigente.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F002-P02-PE	Encuesta de percepción y conocimiento de los colaboradores que interactúan con clientes externos	2.0
Formatos	F003-P02-PE	Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	2.0
Formatos	F004-P02-PE	Encuesta de Percepción para la Formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	1.0
Programa		Plan Estratégico 2016-2020	1.0
Anexo	Anexo5.	Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas	1.0
Guía		Guía de Administración de Riesgos	1.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Definir la metodología	Equipo Planeación	Se establece la metodología y herramientas que se utilizarán en la formulación del Plan Estratégico Institucional (PEI).	Metodología
3. Recolectar Información.	Equipo Planeación	Se recopila información relacionada con la planeación estratégica de la entidad tal como misión y visión actual, plan territorial de salud, plan departamental de desarrollo, planes de acción vigentes y recomendaciones dadas por participación ciudadana en la planeación estratégica.	Informes y/o documentos
4. Realizar Análisis estratégico externo e interno	Equipo Planeación	Con la información recopilada se realiza el respectivo análisis de las condiciones externas e internas de la Entidad.	Análisis Estratégico
5. Formular el Plan Estratégico Institucional	Comité TécnicoEquipo de Planeación	Con base en los productos de la actividad anterior se realiza sesiones de trabajo en las que: 1. Se formula o refirma la misión, visión y valores. 2. Se formula los objetivos estratégicos. 3. Se define la financiación del plan en caso de requerirse. 4. Se formulan las acciones, el o los indicador(es) y la meta asociada a cada indicador respectivamente, lo cual permitirá cuantificar su cumplimiento.. La información anterior se consolida como el proyecto de Plan Estratégico Institucional.	Proyecto de Plan Estratégico Institucional - PEI
6. Presentar proyecto de acuerdo del PEI a la Junta Directiva	Director GeneralEquipo de PlaneaciónProfesional Área Jurídica	Se presenta el proyecto de acuerdo a la Junta directiva de la Entidad para su respectiva validación y aprobación.	Acta de junta
7. Se aprueba PEI?		Si no se aprueba pasa a la actividad 7, de lo contrario pasa a la actividad 8.	Plan Estratégico Institucional - Aprobado Solicitud de ajustes
8. Ajustes al Plan Estratégico Inst.	Director GeneralEquipo de PlaneaciónProfesional Área Jurídica	Se hacen los ajustes correspondientes y se presenta nuevamente a la Junta directiva	Proyecto de Acuerdo con ajustes
9. Divulgar Plan Estratégico Institucional	Oficina Asesora de Prensa y Comunicaciones, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Consiste en dar a conocer el PEI aprobado a todos los colaboradores de la Entidad y demás partes interesadas, mediante diferentes estrategias e instrumentos de comunicación.	Evidencias Socialización
10. Realizar Evaluación Y Seguimiento	Equipo de Planeación - Comité técnico	La evaluación y seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico se realiza con una frecuencia semestral, donde el equipo de planeación realiza un análisis de los indicadores y lo presenta al comité técnico, el cual toma las acciones pertinentes.	Análisis de Indicadores del Plan Estratégico Acciones correctivas y/o preventivas
11. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y
SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION Y POAI

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P03-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2016-04-15
	Procedimiento: FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION Y POAI		Versión	3.0

Objetivo

Establecer las actividades necesarias para la formulación, ejecución y seguimiento al plan de acción y POAI de la entidad, con el fin de lograr los objetivos propuestos con los recursos disponibles.

Responsable

Director General - Subdirectores - Equipo Planeación

Alcance

Inicia con la recepción de lineamientos y comprende: la formulación de proyectos, consolidación del plan de acción y POAI, aprobación, publicación y termina con el seguimiento a los planes y formulación de acciones si se requiere.

Generalidades

1. El plan de acción es un instrumento de planificación mediante el cual las dependencias de la entidad, a través de la formulación de los proyectos, ordenan y organizan las acciones y recursos que van desarrollar en la vigencia, para dar cumplimiento a las metas previstas en el Plan de desarrollo.
2. La metodología para la formulación de proyectos es la definida por el Departamento Nacional de Planeación o entidad cofinanciadora.
3. Los proyectos son susceptibles de ajustes de acuerdo con la gestión de recursos, la proyección y resultados de las actividades definidas en la vigencia, y/o lineamientos del nivel Nacional.
4. En caso de presentarse modificaciones presupuestales, los proyectos que conforman el plan de acción deben ser ajustados.
5. El plan anual de adquisiciones es un instrumento mediante el cual, la entidad programa la adquisición de bienes, obras y /o servicios para llevar a cabo los proyectos de inversión.
6. La formulación o inclusión de servicios y bienes en el plan de adquisiciones se efectuará siempre y cuando estos den respuesta a las actividades establecidas en el Plan de Desarrollo.
7. Los certificados del Plan Anual de Adquisiciones se expedirán dentro del día siguiente a la solicitud presentada a la Oficina Asesora de Planeación y Calidad.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F002-P03-PE	Seguimiento al COAI y Plan de Acción	3.0
Formatos	F004-P03-PE	Certificado Plan Anual de Adquisiciones	2.0
Formatos	F005-P03-PE	Análisis del sector	4.0
Formatos Externos		Plan Anual de Adquisiciones	1.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. INICIO			
2. Formular Proyectos	Director General - Subdirectores - Equipo de Planeación	La formulación de los proyectos por dependencia se efectúa de acuerdo con el procedimiento DISEÑO DE PROYECTOS, conformando el equipo de trabajo requerido para ello. Todos los proyectos formulados deben considerar como mínimo los elementos de entrada el Plan de Desarrollo Nacional y Departamental y/o Plan Territorial de Salud.	Proyecto en metodología definida según fuente de financiación.
3. Radicar Proyectos	Director General - Equipo de Planeación	Los proyectos que hacen parte del Plan de Acción se radican en la Secretaría de Planeación Departamental con el fin de ser incluidos dentro del banco de proyectos de la Gobernación de Caldas, donde se generan las respectivas fichas BPID.	Proyectos radicados Fichas BPID cuando aplique.
4. Consolidar el plan de acción y POAI	Director General - Equipo de Planeación	Radicados los proyectos se consolida el plan de acción y POAI de la vigencia en el formato establecido, para ser aprobado por el Director General, como miembro del Consejo de Gobierno Departamental y posterior publicación en la página WEB de la Entidad.	Formato Externo Gobernación de Caldas. Acta de consejo de Gobierno.
5. Ejecución del Plan de Acción y POAI	Director General - Subdirectores	Cada Subdirección de acuerdo con sus competencias, es responsable de ejecutar las actividades y recursos correspondientes, de acuerdo con lo establecido en los proyectos, planes de acción y POAI.	Seguimiento trimestral a proyectos
6. Seguimiento a la ejecución del Plan de Acción y POAI	Director General - Subdirectores - Equipo de Planeación	Una vez finalizado el trimestre se solicita a cada una de las subdirecciones informar los avances y dificultades presentadas para el desarrollo de los proyectos, así como la ejecución presupuestal de cada uno de estos, discriminado por actividad. Se verifican los soportes que evidencien la ejecución de la actividades y se valida la ejecución de los recursos confrontando la información con los datos suministrados por presupuesto.	Seguimiento trimestral a proyectos
7. Socialización y análisis de resultados	Director General - Subdirectores - Equipo de Planeación	Los seguimientos son consolidados y presentados al Director General y los subdirectores, para su análisis, donde se define las acciones correctiva, preventivas o de mejora pertinentes para alcanzar satisfactoriamente las metas propuestas, al igual que se establecen las modificaciones a las actividades definidas en los proyectos de requerirse.	Informe de ejecución, Acciones correctivas, preventivas y de mejora.
8. FIN			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: DISEÑO DE PROYECTOS

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P06-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2016-12-13
	Procedimiento: DISEÑO DE PROYECTOS		Versión	3.0

Objetivo

Establecer las actividades necesarias para el diseño de Proyectos en la Dirección Territorial de Salud de Caldas, dando respuesta a las necesidades e intereses del estado y la sociedad en el área de la salud.

Responsable

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Alcance

Inicia con la planeación del diseño del proyecto y finaliza con la validación, análisis y la toma de acciones de requerirse.

Generalidades

1. El presente procedimiento aplica al diseño de todos los proyectos que se formulen en la entidad.
2. Se consideran elementos de entrada para el diseño de proyectos: Normatividad aplicable, metodología a utilizar, lineamientos presupuestales, entre otros.
3. Las diferentes áreas de la entidad, a través de la formulación de los proyectos, ordenan y organizan las acciones y recursos que van a desarrollar en la vigencia, para dar cumplimiento a las metas previstas en el Plan de desarrollo.
4. La formulación de los proyectos se efectúa de acuerdo con la metodología definida por las diferentes entidades de cofinanciación, lo cual será considerado en los elementos de entrada del diseño.
5. Los proyectos son susceptibles de ajustes de acuerdo con la gestión de recursos, modificaciones presupuestales, la proyección y resultados de las actividades definidas en la vigencia, y/o lineamientos del nivel Nacional.
6. Las solicitudes de formulación o modificación a proyectos deberán realizarse por medio del aplicativo SGI en el módulo trámites.
7. Todos los Funcionarios y contratistas de la Dirección Territorial, pueden solicitar la formulación, modificaciones y/o ajustes a los proyectos; no obstante dichas solicitudes tendrán el visto bueno del Director o Subdirector según corresponda. En caso de que la solicitud provenga del Director, está puede ser de manera verbal y se realizará la verificación del diseño por medio del oficio remitido y/o firma del proyecto.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P06-PE	Elementos de Control en el Diseño de Proyectos	2.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Planificar Diseño del Proyecto	Equipo de planeación. Responsable Tecnico del proyecto	Para realizar la planificación del proyecto se tienen en cuenta los siguientes factores: 1. Definir la Metodología a utilizar 2. Definir Responsables 3. Definir Tiempos 4. Definir Elementos de entrada para el diseño: Plan de Desarrollo, Normatividad aplicable al proyecto, Metodologías establecidas por el DNP o las entidades de cofinanciación, marco fiscal de mediano plazo, Conpes Social, Plan Financiero de la entidad, entre otras, según corresponda.	Formato Elementos de Control en el Diseño de Proyectos
3. Revisar cumplimiento de Elementos de Entrada	Equipo de planeación.	El equipo de planeación realiza la revisión para verificar el cumplimiento de los elementos de entrada establecidos en el paso anterior, por medio de la aplicación de una lista de chequeo.	Formato Elementos de Control en el Diseño de Proyectos
4. Formular Proyecto	Equipo de planeación. Responsable Tecnico del proyecto	El equipo de planeación en conjunto con el responsable del proyecto, realiza la formulación teniendo en cuenta la planeación del diseño y la verificación del cumplimiento de los elementos de entrada.	Proyecto formulado
5. Revisar Proyectos diseñados	Equipo de planeación. Responsable Tecnico del proyecto	El responsable del proyecto en conjunto con el equipo de Planeación, revisa que el Proyecto diseñado, cumpla con todos los requerimientos técnicos, administrativos, financieros y metodológicos establecidos, previo a su radicación. Así mismo se revisa la estructura del mismo, metas e indicadores. Las modificaciones o ajustes realizados en los proyectos deben estar fundamentadas (Dejar evidencia).	Aprobación del proyecto a radicar
6. Verificar el diseño de los Proyectos	Equipo de planeación. Responsable Tecnico del proyecto	El equipo de planeación ingresa la información a través de la metodología general ajustada (MGA) o la que establezca la entidad cofinanciadora, verificando que se cumpla con los requisitos de entrada definidos. En caso de requerirse ajustes se solicita al responsable la información faltante. Una vez se verifique el proyecto, este se radica en la Secretaría de Planeación y/o entidad cofinanciadora, cumpliendo los criterios establecidos por ellas para la radicación.	Proyecto en la MGA o en el formato establecido en la entidad cofinanciadora. Documento de radicación del proyecto
7. ¿El proyecto requiere ajustes?	Entidad a la cual se le radica el proyecto.	Una vez se radica el proyecto, la Entidad que lo recibe comienza el proceso de revisión del mismo. De dicho proceso puede resultar la necesidad de realizar algún ajuste frente al mismo.	Correo electrónico, oficio o comunicado de entidad receptora
8. ¿El proyecto ha sido aprobado?	Entidad a la cual se le radica el proyecto.	En algunas ocasiones aunque el proyecto cumpla con todos los requerimientos, este puede no ser prioritario para el cofinanciador buscado y/o evaluador, por este motivo a algunos proyectos que no tienen continuidad en la gestión de la DTSC como tal.	En algunas ocasiones existe comunicado formal, en la mayoría de los casos comunicación telefónica
9. Validación del diseño de los proyectos	Planeación de la DTSC- Director General- Subdirectores- Referentes de programas	La oficina de planeación de la DTSC realiza trimestralmente el seguimiento a los proyectos que están en ejecución, validando el grado de avances de las actividades y los recursos ejecutados, así como el cumplimiento de las metas de plan de desarrollo asociadas.	Seguimiento trimestral a proyectos

10. Control de los cambios del diseño de los proyectos	Equipo de planeación. Director General Subdirectores	Como resultado del seguimiento, modificaciones presupuestales o identificación de otras necesidades se realizara los ajustes al diseño de los proyectos, donde el responsable realiza la solicitud de modificación al equipo de planeación por medio del aplicativo SGI, especificando el cambio y el motivo. Planeación revisa la solicitud, emitiendo concepto sobre esta y si, es viable, se inicia con los pasos de revisión, verificación y validación. Por otra parte, la Oficina Asesora de Planeación y Calidad podrá proponer los ajustes al diseño de los proyectos, toda vez que considere pertinente, sometiendo los mismos a los pasos de revisión, verificación y validación respectivamente.	Solicitud de cambios en el aplicativo Proyecto actualizado.
11. Fin			

Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: ADMINISTRACIÓN DE LAS TICS

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P07-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2019-11-14
	Procedimiento: ADMINISTRACIÓN DE LAS TICS		Versión	2.0

Objetivo

Definir e implementar todas las actividades operativas, preventivas y correctivas, que se requieran para garantizar el correcto y permanente funcionamiento, de la infraestructura tecnológica y de comunicaciones de la DTSC.

Responsable

Profesional Universitario - Sistemas, Subdirectora Administrativa -Profesionales de apoyo al área de TIC

Alcance

Inicia desde la identificación de las necesidades de la entidad en materia de tecnología, determinando el plan de trabajo alineadas al contexto y las políticas organizacionales, finalizando con su ejecución y análisis del impacto. Frente al desarrollo de las actividades operativas el procedimiento inicia con la recepción de la solicitud de servicio por parte de las diferentes áreas de la entidad o la programación inicial, cubre la clasificación, priorización, ejecución hasta el cierre del servicio a satisfacción del usuario.

Generalidades

1. Las Tecnologías de información y comunicación están dirigidas a los clientes internos y externos de la entidad
2. La infraestructura tecnológica es comprendida por:
 - Sistemas servidores y almacenamientos
 - Sistemas de comunicaciones
 - Aplicativos institucionales y de apoyo
3. Las solicitudes de servicio realizadas por clientes internos, se realizan por medio del aplicativo del Sistema de Gestión de Calidad en el módulo de soporte de sistemas. Las solicitudes de servicio de clientes externos se realizan por medio de correo electrónico, medios digitales o telefónicamente.
4. Los tiempos de respuesta para las solicitudes realizadas por el cliente interno se generan así:
 - Tiempos de asignación: Un día (1) hábil de realizada la solicitud
 - Tiempos de respuesta: 72 horas hábiles para solicitudes normales, 24 horas hábiles para las de prioridades altas y 2 horas hábiles para las urgentes.
5. Cuando un soporte requiere de compra de partes se realiza notificación al solicitante y en el módulo correspondiente la solicitud queda en ejecución parcial hasta que se logre dar respuesta de fondo. En los casos en que la solicitud requiera escalar a un proveedor externo, se envía el correo electrónico al proveedor la solicitud y se realiza la notificación al solicitante adjuntando copia del correo enviado.
6. El equipo de Tics verifica como mínimo una vez por semestre que los equipos de información y comunicación cuenten con hoja de vida y los soportes de mantenimientos actualizados.
7. Toda adquisición de tecnología y desarrollo de aplicativos, se realiza teniendo en cuenta el concepto técnico emitido por el equipo de TICs.
8. Para mantener la integridad de la información y la continuidad en la prestación del servicio asociado al uso de tecnologías y comunicaciones, se implementarán los lineamientos definidos en el Instructivo de Seguridad de la Información.
9. Anualmente el equipo de TICs realiza el diagnóstico para verificar que el sitio web de la entidad cumpla con los lineamientos de la política de Gobierno Digital y las normas que regulan los trámites y servicios. Este es presentado ante la mesa temática de racionalización de trámites, gobierno en línea y seguridad de la información para definir las acciones a seguir para cumplir y mantener dichos lineamientos requisitos.
10. La publicación de la información general en la página web se efectúa por la oficina de Comunicaciones y el área de TIC a través del aplicativo SGI, previa revisión de textos, anexos y de la diagramación sugerida. En la solicitud se debe especificar el día de publicación y fin de la misma, el nombre que debe tener y ubicación en la página y los documentos adjuntos cuando se requiera. Así mismo es responsabilidad de las áreas, realizar la revisión de la información publicada en página web como mínimo 2 veces al año y solicitar al área de TIC la actualización en los

casos en que se requiera.

11. En los casos en que se realice una solicitud y se tenga pendiente la calificación de una solicitud que ya fue tramitada, el equipo de TIC podrá rechazarla hasta cuando no se tenga cerrados todos los trámites en módulo de soporte de sistemas.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL	M01-P06-GAF	Manual Políticas de Seguridad de los Recursos Tecnológicos	2.0
Instructivos	I01-P06-GAF	Instructivo para la administración de la infraestructura Tecnológica de la DTSC	1.0
Formatos	F001-P06-GAF	Cronograma Mantenimiento	2.0
Formatos	F002-P06-GAF	Planilla de Monitoreo de Infraestructura	2.0
Formatos	F003-P06-GAF	Hoja de Vida de equipos de Comunicaciones	2.0
Formatos	F005-P06-GAF	Mantenimiento de Equipos de Computo y Comunicaciones	2.0
Formatos	F006-P06-GAF	Autorización para el Tratamiento de Datos Personales	1.0
Formatos	F007-P07-PE	Acuerdo de Confidencialidad y Protección de la Información	1.0
Programa	PG01-P06-GAF	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información	1.0
Programa	PG02-P06-GAF	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	1.0
Programa	PG03-P06-GAF	Plan Estrategico de Tecnologias de la Información	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1.		Inicio	
2. Planear actividades para administración y gestión de la tecnología y soporte tecnológico	Líder Tics	<p>El área de TIC junto con los integrantes de la mesa temática de racionalización de trámites, gobierno en línea y seguridad de la información comprenderá y analizará la situación actual en cuenta a la infraestructura tecnológica de la entidad de manera anual, construyendo a partir de este insumo el plan estratégico de tecnologías de información PETI el cual deberá estar alineado con el plan estratégico de la DTSC y de acuerdo a los lineamientos dispuestos por MinTIC.</p> <p>En cuanto a la planeación de las actividades se realizan teniendo en cuenta los planes de mantenimiento y las solicitudes de soporte de los usuarios.</p> <p>Para el caso de planes de mantenimiento preventivo se establecen anualmente así:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mantenimiento preventivo de equipos de cómputo, impresoras, escáneres, aire acondicionado, planta eléctrica, UPS, sistema de detección de incendios: Según cronograma anual adjunto. * Mantenimiento equipos de radiocomunicaciones CRUE * Mantenimiento anual de servidores y equipos de comunicaciones según los Acuerdos de Niveles de Servicio - ANS. <p>En cuanto a las actividades de soporte estas se desarrollan de acuerdo con las solicitudes de los usuarios, las cuales se reciben:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Solicitudes de servicio internas que llegan a través de la plataforma SGI, en el módulo de Trámites. Las solicitudes externas de usuarios son enviadas por correos electrónicos y registrados en el SGI para seguimiento y control. Las solicitudes son clasificadas y asignadas a los responsables por el líder de TIC, de acuerdo a sus características. <p>Dichas solicitudes de servicio se enfocan en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener operativa la infraestructura de servidores, almacenamientos, equipos de cómputo y comunicaciones. - Supervisar la conectividad entre las diferentes sedes, monitoreando la disponibilidad acordada en los ANS contratados con el proveedor de servicios de telecomunicaciones. - Garantizar el continuo y normal funcionamiento de las distintas aplicaciones que conforman los sistemas de información de la entidad. 	<p>Plan estratégico de tecnologías de información PETI</p> <p>F001-P06-GAF Cronograma de mantenimiento</p> <p>Solicitud de servicio SGI</p>
3. Presentación y aprobación del PETI y cronograma de trabajo	Líder de Tics	<p>El área de TIC presenta para aprobación ante el comité de Gestión y Desempeño el plan estratégico de tecnologías de la información PETI a más tardar al 30 de diciembre para su ejecución en la siguiente vigencia.</p> <p>Dicho plan tendrá una vigencia de 4 años y se actualizará con una frecuencia anual con el fin de garantizar su alineación con los planes departamentales e instituciones.</p> <p>Así mismo, se presenta para aprobación el cronograma de mantenimiento preventivo ante la mesa temática de racionalización de trámites, gobierno en línea y seguridad de la información con una frecuencia anual o cuando se requieran modificaciones.</p>	<p>Reporte de mantenimiento preventivo</p> <p>Reporte de soporte realizado</p>


4. Ejecución de las actividades de administración y gestión de la tecnología y soporte tecnológico	Equipo TICS	<p>De igual manera, de acuerdo con lo definido en el los cronograma de mantenimiento preventivo se realizan las actividades dejando el respectivo soporte, el cual se archiva en la hoja de vida del equipo que corresponda.</p> <p>Para el caso de las solicitudes de soporte, de acuerdo al nivel y perfil de conocimiento requerido y a la priorización de la solicitud, se realiza la asignación del caso a uno o más profesionales de la oficina de TIC; el responsable contacta al usuario para programar la visita y realizar las actividades tendientes a solucionar el inconveniente o asesorar el tema indicado en la solicitud, de lo realizado se deja reporte en el aplicativo, el cual es enviado al solicitante.</p>	<p>Reporte de mantenimiento preventivo</p> <p>Reporte de soporte realizado</p> <p>Reporte de las acciones del plan de trabajo PETI</p>
5. Seguimiento y cierre de las actividades de administración y gestión de la tecnología y soporte tecnológico	Líder oficina de TIC - Profesionales oficina de TIC	<p>El equipo de TIC realiza el seguimiento anual a la implementación del plan de trabajo PETI, presentando los resultados ante la mesa temática de racionalización de trámites, gobierno en línea y seguridad de la información a través de la cual se tomaran las decisiones correspondiente y los planes de mejora a implementar en caso de requerirse.</p> <p>Así mismo, se realiza (1) un seguimiento semestral al cumplimiento del os cronograma de mantenimiento definido por parte del responsable de Tics.</p> <p>Para el caso de soporte, el profesional que tiene el caso asignado, luego de solucionar o atender el requerimiento, verifica que el usuario haya realizado la calificación del servicio para que las solicitudes queden en estado cerradas.</p>	<p>Plan de mantenimiento con seguimiento</p> <p>Reporte de soporte realizado</p>
6. Medir la satisfacción del usuario		<p>El soporte técnico es evaluado por el 100% de los usuarios a través de la plataforma SGI, de dicha evaluación se genera un reporte teniendo en cuenta criterios de oportunidad</p> <p>De acuerdo con los resultados, se definen las acciones de mejora si se requieren</p>	<p>Reporte de calificación del servicio</p> <p>Acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>
7. Inicio		Fin	



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTIÓN INTERSECTORIAL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P08-PE
	Proceso: GESTIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA		Fecha	2019-12-12
	Procedimiento: GESTIÓN INTERSECTORIAL		Versión	1.0

Objetivo

Fortalecer la articulación y coordinación intersectorial con el propósito de impactar los determinantes sociales, sanitarios y ambientales

Responsable

Director General Subdirector Salud Publica Subdirector Prestación de Servicios y Aseguramiento Lideres Temáticos Oficina Asesora de Prensa y Comunicaciones

Alcance

Inicia con la conformación o actualización del comité intersectorial y termina con el cumplimiento del objetivo del comité; en los casos que aplique, con el seguimiento a los compromisos adquiridos.

Generalidades

1. El presente procedimiento solo aplica para los comités intersectoriales que por ley deben ser liderados por la Dirección Territorial de Salud de Caldas
2. Cada uno de los comités desarrollados por la entidad, darán cumplimiento según lo establecido por la norma, en cuento a lo relacionado con objetivos, metodología, ejes temáticos y frecuencias.
3. Se diligenciará el registro de asistencia, que por lo general será en el formato establecido por la entidad que lidera el comité.
4. Será responsabilidad de quien preside el comité, custodiar las actas y soportes que se generen de acuerdo con lo establecido en las tablas de retención documental.
5. Todos los comités desarrolladas deberán quedar registrados en la plataforma SIG

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Protocolo		Protocolos de Bioseguridad Prestadores de Servicios de Salud-COVID-19- V01	1.0
Plan		Plan General de Expansión V01	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Conformación y/o actualización del comité intersectorial	Referentes de líneas de trabajo	La normatividad será revisada anualmente por el referente de la línea de trabajo, quien revisará el marco legal de conformación y los periodos de los miembros cuando aplique. Garantizando así, el cumplimiento de la normatividad. En los casos que por ley se cree un nuevo comité, se realiza la conformación conforme lo establecido en la normatividad.	Acto administrativo de conformación del comité
2. Planeación del trabajo intersectorial	Referente de la líneas de trabajo y o su delegado	El referente del grupo de trabajo realiza la planeación del comité intersectorial, definiendo los ejes temáticos o problemáticas a intervenir, orden del comité y la metodología a utilizar. Así mismo identifica los sectores o instituciones que estén vinculados al comité, con el fin de realizar la convocatoria respectiva.	
3. Convocatoria	Referente de la líneas de trabajo y o su delegado	El referente de la línea de trabajo realiza la convocatoria de acuerdo con la normatividad, los reglamentos internos del comité o de acuerdo a la necesidad, la cual podrá realizarse a través de correo electrónico institucional u oficio. En la convocatoria será necesario definir: * Orden del día * Lugar y fecha de la realización del comité * Adjuntar acta del comité anterior, con el fin de verificar los compromisos pendientes	Oficio o correo electrónico de la convocatoria realizada
4. Ejecución del Trabajo Intersectorial	Referente de la línea de trabajo y/o su delegado Sectores que integran el comité	Quien presida el comité, dará inicio al mismo, el cual se ejecutará conforme a lo planeado y dando cumplimiento al objetivo y orden del día citado. Se diligenciará acta de reunión por cada uno de los comités realizados, junto con el registro de asistencia el cual no deberá ser estrictamente necesario diligenciar en el formato de la entidad. En los casos en que durante el comité se generen compromisos, debe quedar consignada en el acta la fecha límite de su ejecución, fecha del seguimiento y responsables. Una vez es realizado el comité, el líder de la línea de trabajo registrará el comité en el modulo correspondiente en el SIG, este registro debe de realizarse a más tardar 30 días corrientes después de su ejecución.	F 003 - P05 - GAF Formato Acta de Reunión Registro de Asistencia Registro de los comités realizados en el modulo en el SIG
5. Seguimientos a compromisos	Referente de la líneas de trabajo y o su delegado	El seguimiento a los compromisos se realiza en el desarrollo de los comités, y su cumplimiento queda consagrado en el acta correspondiente.	F 003 - P05 - GAF Formato Acta de Reunión
6. Resultado de los comités intersectoriales	Referente de la línea de trabajo y/o su delegado	Cuando se realice el ultimo comité de la vigencia, se registrará en el modulo designado en la plataforma SIG los resultados obtenidos a través de los comités intersectoriales, con el fin de poder analizar los logros alcanzados.	Registro de los resultados en el modulo en el SIG



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD	Código	GQ
		Fecha	2021-11-08
		Versión	3.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
-------------	----------	-------	------------

Objetivo

Planificar e implementar actividades de evaluación, control y mejora para asegurar la conformidad, conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Territorial.

Responsable

Director General, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Alcance

Inicia con la planificación del Sistema de Gestión de Calidad -SGC de la Dirección Territorial y finaliza con la medición de eficacia, conveniencia y adecuación del mismo.

Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> - ID01-GQ. Tratamiento del Servicio No Conforme - ID02-GQ. Nivel de satisfacción del cliente con el servicio prestado por la DTSC - ID03-GQ. Nivel de satisfacción del cliente con las capacitaciones brindadas por la DTSC - ID04-GQ. Nivel de satisfacción del cliente con las asesorías brindadas por la DTSC - ID05-GQ. Nivel de satisfacción del cliente con el servicio prestado por el LSP - ID06-GQ. Oportunidad en la respuesta de las PQRS - ID07-GQ. Seguimiento a los trámites de la entidad.

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad	1) Solicitudes Documentales (Modificación, eliminación o Creación de Documentos)	(P, H, V, A) ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC Responsables: Contratista-Calidad Institucional, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Lideres de proceso	1) Nuevo documento Documento Modificado Acta de Comité de Calidad Listado Maestro de Documentos y Registros Actualizado	1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad
1) Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión para la Evaluación y control Proceso Gestión de la Calidad	1) Seguimiento a Indicadores Mapa de Riesgos de la Entidad por proceso Hallazgos en Auditorías Internas o externas Informes de Auditorías de Gestión. Seguimiento a Procesos	(P, H, V, A) ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y/O DE MEJORA Responsables: Contratista-Calidad Institucional, Lideres de proceso	1) Acciones correctivas, preventivas y de mejora que implementan los Procesos para orientar la gestión hacia el cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos de inversión de la Entidad	1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad
1) Procesos Misionales	1) PQRS Seguimiento a Procesos Evaluación de la Satisfacción del cliente	(P, H, V, A) SERVICIO, SALIDA O TRABAJO NO CONFORME. Responsables: Contratista-Calidad Institucional, Lideres de proceso	1) Acciones Correctivas, preventivas y de mejora Seguimiento Acciones correctivas preventivas y/o de mejora	1) Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control
			2) Acciones Correctivas, preventivas y de mejora Seguimiento Acciones correctivas preventivas y/o de mejora	2) Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control
			3) Acciones Correctivas, preventivas y de mejora Seguimiento Acciones correctivas preventivas y/o de mejora	3) Procesos Estratégicos, Misionales y de Evaluación y Control

<p>1) Informes de Gestión</p> <p>Informes de Auditorías</p> <p>Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos</p> <p>Desempeño de los procesos</p> <p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad</p>	<p>Planes de Mejoramiento y estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora</p> <p>Resultados de la encuesta de medición de la Satisfacción del Cliente, Informes PQRS, resultados de ejercicios de Revisión por la Dirección anteriores y demás elementos de entrada para la revisión por la Dirección del SGQ</p>	<p>(P, H, V, A) REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN. Responsables: Contratista-Calidad Institucional, Director General, Representante de la Dirección</p>	<p>1) Informe de revisión del Sistema por la Alta dirección</p> <p>Resultados de evaluación de los indicadores del Proceso.</p> <p>Informe de seguimiento y monitoreo de riesgos</p>	<p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad</p>
<p>1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo</p>	<p>1) Herramientas de evaluación de la Satisfacción del Cliente</p>	<p>(P, H, V, A) MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. Responsables: Contratista-Calidad Institucional, Líderes de proceso</p>	<p>1) Encuestas de satisfacción</p> <p>Informes consolidados y tabulados</p> <p>Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora</p>	<p>1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo de la entidad</p>
<p>1) Gestión de Planeación Estratégica</p>	<p>1) Peticiones, quejas, Reclamos, Sugerencias denuncias, requerimientos Normatividad aplicable Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública</p>	<p>(P, H, V, A) GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS (PQRSD) Responsables: Director General</p>	<p>1) Respuestas generadas a PQRSD</p> <p>Seguimiento y control a respuestas emitidas</p> <p>Informes Consolidados de PQRSD</p>	<p>1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la entidad</p>

<p>1) DAFP Proceso de Planeación Estratégica, Gestión Jurídica Procesos Misionales</p>	<p>1) Lineamientos de Gobierno en Línea Digital Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano Normatividad Vigente que actualiza o establece trámites y servicios otros procedimientos de cara al usuario Mejoramiento de procesos, estrategias de racionalización de trámites. Solicitudes de actualización de tramites Cambios normativos Estrategias definidas para la racionalización de dicho tramite.</p>	<p>(P, H, V, A) GESTION Y ADMINISTRACION DE TRAMITES Responsables: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Lideres de proceso</p>	<p>1) Trámites y OPAS identificados y reportados oportunamente Inventario de trámites y OPAS actualizado y aprobado por el Comité de Gestión y desempeño. Reporte del estado de los trámites y OPAS en el portal del SUIT Cambios de trámites y OPAS identificados Trámites y OPAS actualizados en el portal de SUIT</p>	<p>1) Procesos Misionales Planeación Estratégica Gestión Jurídica Entes de control Ciudadanía en general.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Copia no controlada

Requisitos aplicables

NTCGP 1000:2009
4. Sistema de Gestión de la Calidad
4.1. Requisitos Generales
4.2 Gestión Documental
4.2.2. Manual de Calidad
4.2.3. Control de Documentos
4.2.4. Control de los registros
5. Responsabilidad de la dirección
5.2. Enfoque al cliente
5.3. Política de la calidad
5.4. Planificación
5.4.1. Objetivos de la calidad
5.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad
5.5.1 Responsabilidad y autoridad
5.5.2. Representante de la dirección
5.6. Revisión por la dirección
8. Medición, Análisis y Mejora
8.1. Generalidades
8.2. Seguimiento y medición
8.2.1. Satisfacción del cliente
8.2.2. Auditoría interna
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos
8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio
8.3. Control del producto y/o servicio no conforme
8.4. Análisis de datos
8.5. Mejora
8.5.1. Mejora continua
8.5.2. Acción correctiva
8.5.3. Acción preventiva

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GQ	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DEL SGC
P02-GQ	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y/O DE MEJORA
P03-GQ	SERVICIO, SALIDA O TRABAJO NO CONFORME.
P04-GQ	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.
P05- GQ	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.
P06-GQ	GESTIÓN DE PQRS
P07- GQ	GESTIÓN Y ADMINISTRACION DE TRAMITES


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: ACCIONES CORRECTIVAS,
PREVENTIVAS Y/O DE MEJORA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-GQ
	Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD		Fecha	2019-12-12
	Procedimiento: ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y/O DE MEJORA		Versión	5.0

Objetivo

Determinar la metodología para la toma de acciones preventivas, correctivas y/o de mejora, para eliminar las causas de las no conformidades reales o potenciales, registrar los resultados de las mismas verificar su eficacia y prevenir su ocurrencia.

Responsable

Líderes de proceso, Este procedimiento debe ser aplicado por todos los responsables de procesos de la Dirección Territorial de Caldas.

Alcance

Inicia con la detección de la no conformidad, observación u oportunidad de mejora hasta la toma de la acción, implementación, seguimiento, eficacia, cierre y consolidación del estado de las acciones.

Generalidades

1. Para la aplicación de este procedimiento es necesario tener en cuenta los siguientes términos:

. Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Generalmente implícita significa que es habitual o una práctica común para la organización, sus clientes y otras partes interesadas que la necesidad o expectativa bajo consideración esté implícita.

Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto, requisito para la prestación de un servicio, requisito del cliente.

. No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

.Observación: Corresponde a la identificación de una no conformidad potencial, que requiere ser intervenida para que no se genere un incumplimiento.

.Oportunidad de mejora: Situación conforme que denota la oportunidad de aumentar la capacidad de cumplir los requisitos o mejorar un proceso de la institución.

. Producto / Servicio No Conforme: son los productos resultados de todos los procesos que incumplan los requisitos establecidos, implícitos u obligatorios, determinados necesariamente para el cumplimiento de la satisfacción del cliente e incluso determinados por los mismos.

. Causa: es la razón por la cual se ha presentado, o es posible que se presente una no conformidad

. Acción preventiva: Acción tomada para prevenir o reducir efectos no deseados. Este tipo de acciones se utilizan en el tratamiento a los riesgos identificados por los procesos, de acuerdo con la metodología adoptada por la entidad para la administración de riesgos.

. Acción correctiva:Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u observación.

. Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.

. Acción de Mejora: Acción realizada para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.

. Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados

2. Las principales fuentes de identificación de no conformidades reales, potenciales, u oportunidades de mejora son:

. Auditorías de calidad (Externa o Interna de procesos y del Sistema)

. Análisis de datos del sistema (Indicadores de Gestión).

. Resultado del análisis del informe de quejas del cliente.

. Medición de la satisfacción del cliente.

. Resultados de las revisiones por la dirección.

. Seguimiento a procesos/productos/servicios

. Control del Producto/ servicio no Conforme

. Materialización de riesgos

- . Cambios organizacionales o externos que afectan el SGC
- . Resultados de la medición del desempeño de los proveedores.
- . Las identificadas por cualquier funcionario o colaborador de la entidad.
- . Reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño
- . Seguimiento y medición de planes/programas/proyectos

Los hallazgos se deben evaluar en términos del impacto real o potencial, en aspectos como: buen uso de los recursos, calidad del producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso y satisfacción del cliente. Las acciones definidas deben estar enfocadas a eliminar las causas de una no conformidad real o potencial para evitar que ocurran o vuelvan a ocurrir

3. Se emprende una acción correctiva cuando se presentan las siguientes situaciones:

- Una no conformidad detectada y confirmada en auditoria de calidad interna o externa.
- Quejas y reclamos sistemáticos o recurrentes por parte de los usuarios o servidores de la DTSC.
- Indicadores que no cumplen la meta.
- Resultado de evaluación insatisfactoria por parte de los usuarios.
- Reporte de las fallas en la prestación del servicio recurrente o sistemático
- Hallazgos insatisfactorios por parte de entes de control.
- Resultados insatisfactorios en las revisiones por la Alta Dirección.
- Materialización de un riesgo identificado.
- Observaciones o aspectos por mejorar del resultado de una auditoría.
- Resultados de auditorías de gestión y visitas de entes de control (aplica plan de mejoramiento)

Se emprende una acción preventiva cuando se presenta la elaboración de planes de tratamiento de Riesgos.

Se emprende una acción de mejora cuando se identifica que se puede optimizar y potencializar el desempeño de un proceso y el cumplimiento de los requisitos, a partir de las oportunidades de mejora identificadas en:

- Resultados de Auditorías
- Análisis de Datos
- Actividades de Seguimiento a procesos
- Revisión por la Dirección, entre otros

En cuanto a las oportunidades de mejora identificadas en los procesos de auditorías internas y externas, el personal involucrado realizará un análisis de dichas oportunidades con su equipo de trabajo, para evaluar la pertinencia de su implementación como una acción de mejora. En el caso de definirse acción de mejora se realizará una identificación y valoración de los riesgos que permitan reducir o prevenir impactos indeseados o incumplimientos potenciales de las actividades de los procesos, así como las acciones y la evaluación de la eficacia en su implementación. Se dejará registro a través de acta, de la revisión efectuada a todas las oportunidades de mejora y si estas requieren o no acción de mejora, al igual que los compromisos pactados. Las oportunidades que se consideren acción de mejora, se registraran en el módulo de acciones para su evaluación y trámite.

4. El archivo de las acciones correctivas y de mejora se realizará en la oficina de calidad, donde se hará seguimiento a las mismas por medio del Módulo de Acciones Correctivas y de Mejora, en cuanto a las acciones preventivas estas harán parte de la matriz de riesgos de la institución en el módulo de administración de riesgos.

Para el caso de auditorías de gestión y visitas de entes de control las acciones quedaran consignadas en los formatos de planes de mejoramiento correspondientes y el archivo de estos estará bajo la responsabilidad de la oficina de control interno.

5. El seguimiento a las Acciones Correctivas, Preventivas y mejora se hará de la siguiente forma:

- Cuando las acciones son resultado de auditorías internas y/o externas, el responsable del seguimiento será el auditor (cuando el auditor presente inconvenientes, el seguimiento se hará por parte de la oficina de calidad).
- Cuando son acciones de mejora (autónomas), el seguimiento se hará por parte de la oficina de calidad.
- Cuando las acciones son producto de Auditorias de Gestión, gestión de riesgos, visitas de entes de control, el responsable del seguimiento será la Oficina de control interno.

6. En cuanto a la formulación de acciones derivadas de auditorias internas de calidad, si pasados los 10 días el responsable no ha realizado la formulación de la acción, se realizará un llamado de atención por medio escrito otorgando 5 días mas, si pasado este tiempo no se tiene respuesta se presentara dicha situación al comité institucional de Gestión y Desempeño, para que desde esta instancia se determinen las acciones a seguir.

7. Cuando se presenten incumplimientos en las fechas de ejecución de las actividades, la persona de Calidad responsable del seguimiento, dejara la observación correspondiente estipulando la nueva fecha de ejecución, en los casos que no se dé cumplimiento en la segunda fecha pactada, se remitirá el reporte al jefe inmediato o supervisor según el caso, para que realicen los trámites correspondientes por incumplimiento de funciones u obligaciones.

8. El seguimiento a las acciones se realizará dentro de los 15 días hábiles después de la fecha máxima de ejecución de

la totalidad de las acciones definidas en el plan de acción, sin restricción de desarrollar seguimientos parciales en el caso de requerirse.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos	I001- P02-GQ	Instructivo para el Análisis de Causas	2.0
Formatos	F001-P02-GQ	Acciones Correctivas y de Mejora	3.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Detectar No Conformidad, observación, oportunidad de mejora o efecto no deseado	Audidores Internos Líderes de proceso	La identificación de la No Conformidad, observación, oportunidad de mejora o efecto no deseado, en la realización de los procesos de la entidad, se realiza continuamente por líderes de proceso y auditores, teniendo en cuenta las principales fuentes de identificación consignadas en este procedimiento.	Módulo de Acciones Correctivas, y de mejora Matriz de riesgo Planes de mejoramiento
3. Analizar Causa y Tomar Acción	Líder de Proceso	<p>Para el caso de Acciones Correctivas y de mejora, se explica claramente el problema detectado y recolectando las evidencias necesarias para su descripción. El responsable del proceso deberá realizar el análisis del problema(s) para determinar la causa raíz del mismo y tomar la acción correctiva o preventiva de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales del presente procedimiento, este análisis se debe diligenciar en el respectivo Módulo de acciones correctivas, y de mejora.</p> <p>Para el análisis de las causas, se podrán realizar reuniones con los equipos de trabajo u otras personas que puedan aportar ideas para ese análisis.</p> <p>En cuanto a la administración de riesgos se identifican las causas y consecuencia que puede traer la materialización de dicho riesgo de acuerdo con la metodología adoptada por la entidad</p> <p>El líder de calidad, los auditores internos, los líderes de proceso o control interno cuando aplique, deben realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora, dentro de los plazos establecidos para su ejecución, registrando el resultado del mismo en el Módulo de Acciones Correctivas y de mejora, en la matriz de riesgos o en los planes de mejoramiento según el caso.</p> <p>Para el análisis de las causas, se podrán realizar reuniones con los funcionarios u otras personas que puedan aportar ideas para ese análisis.</p>	Módulo de Acciones Correctivas y de Mejora Matriz de riesgos
4. Realizar Seguimiento a Acciones Tomadas	Líderes de proceso de Auditores Internos	El líder de calidad, los auditores internos, los líderes de proceso o control interno cuando aplique, deben realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora, dentro de los plazos establecidos para su ejecución, registrando el resultado del mismo en el Módulo de Acciones Correctivas y de mejora, en la matriz de riesgos o en los planes de mejoramiento según el caso.	Módulo de Acciones Correctivas y de mejora Reportes de Seguimiento Acciones Correctivas y de Mejora. Seguimiento acciones preventivas en la matriz de riesgo Planes de mejoramiento con seguimiento
5. Verificar las acciones preventivas y/o correctivas implementadas	Líder de Proceso	Los auditores internos, el líder o responsable de calidad o control interno cuando aplique, verifican el resultado de las acciones tomadas, si encuentran que éstas han sido efectivas, realizan el cierre de la acción. Para el caso de las acciones correctivas y de mejora se registra la fecha en el Módulo de Acciones Correctivas, y de Mejora, determinando la eficacia de la acción. Las acciones preventivas se registran el porcentaje de cumplimiento en la matriz de riesgo y en cuanto a los planes de mejoramiento se determina igualmente el porcentaje de cumplimiento de este.	Acciones Correctivas y de mejora con cierre Acciones preventivas con porcentaje de ejecución Planes de mejoramiento evaluados

6. Archivar registros	Equipo de calidad o control interno	Las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora son archivadas por el área de calidad de acuerdo con las tablas de retención documental en medio magnético o en físico cuando así se requiera, al igual que por control interno cuando se trate de acciones derivadas de auditorías de gestión, administración de riesgos o visitas de entes de control.	F001-P02-GQ Acciones Correctivas y de mejora Reportes de estado de Acciones Correctivas y de mejora Consolidado de matriz de riesgos Planes de mejoramiento. Soportes de ejecución de acciones.
7. Fin			

Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DEL SGC

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GQ
	Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD		Fecha	2021-03-04
	Procedimiento: CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DEL SGC		Versión	7.0

Objetivo

Establecer los parámetros para la elaboración, revisión, actualización, aprobación, eliminación, divulgación y control de documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Responsable

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Líderes de proceso

Alcance

Este procedimiento aplica para todos los documentos y registros producidos por el Sistema de Gestión de Calidad. Inicia con la definición de lineamientos para el control de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad y finaliza con la publicación y divulgación de los mismos.

Generalidades

1. Teniendo en cuenta que se deben normalizar los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, se establece que para la elaboración de documentos se utilizará la plantilla del presente procedimiento en cuanto al encabezado, cuerpo y flujograma, cuya codificación se establece con el fin de identificar y controlar la producción de los documentos del SGC.

2. Para la aplicación de este procedimiento es necesario tener en cuenta las siguientes definiciones:

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN CALIDAD: Documento que sirve de medio estratégico para la comunicación de los elementos estructurales del Sistema a los colaboradores de la entidad y a las partes interesadas.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: Documento que define de forma general las características del proceso y sus interrelaciones con otros procesos.

PROCEDIMIENTO: Forma especificada para llevar a cabo una actividad. Describe: qué, cómo, cuándo y quién, debe desarrollar las actividades y qué evidencia o registro queda de cada actividad.

MANUAL: Es un documento que recopila conceptos, políticas, objetivos, principios, normas, contenidos, definiciones, atributos, tipos de información de un sistema de gestión, información sobre componentes y operación de tecnología, entre otros. En esta modalidad de documentación se incluye cuando por aspectos normativos su denominación deba ser código o reglamento, ejemplo código de buen gobierno, reglamento interno de cartería.

INSTRUCTIVO: Documento que describe detalladamente las instrucciones específicas en lo operativo o lo administrativo y otras necesarias para la ejecución de los procedimientos. Generalmente contiene gráficos, imágenes o dibujos que ayudan a entender cómo realizar la actividad.

GUÍA: Documento que orienta, conduce o encamina la realización de una actividad ofreciendo lineamientos y pautas básicas de todo lo que es necesario conocer y hacer para que se pueda cumplir con el objetivo definido.

FORMATO: Documento con una estructura determinada para ser diligenciado con información específica de los procesos en los que se utilice. Una vez diligenciado se convierte en un registro.

CONTROL DE CAMBIOS: Actividades para controlar las salidas después de la aprobación formal de su información sobre configuración del producto. (NTC ISO 9000:2015)

GESTIÓN DEL CAMBIO: Es la búsqueda fácil de implementar exitosamente los cambios dentro de los procesos de una organización. La gestión de cambios significativos al SGC se realizará a través de acciones de mejora.

ANÁLISIS DEL CAMBIO: Son las actividades realizadas con el fin de identificar las causa y consecuencia de la implementación de los cambios.

3. Cuando se requiera elaborar un diagrama de flujo se debe tener en cuenta la siguiente simbología:

Símbolo Nombre Observación

Ovalito Inicio o Fin La palabra INICIO o FIN se escribe dentro del símbolo.

Rectángulo Actividad Al interior del rectángulo se redacta la actividad, iniciando con numeración y verbo

infinitivo

Rombo Toma de decisión Tiene dos salidas (Sí/No; Aprobado/ Rechazado, etc.).

Circulo Conector de Actividades Se coloca a la salida y a la llegada de las actividades que se desean conectar.

Flecha Conexión entre actividades Indica la conexión entre dos tareas u otros elementos del Diagrama de Flujo.

4. La estructura general de la codificación consta de los siguientes caracteres alfabéticos asignados de la siguiente manera:

Nombre del documento Sigla Codificación

Manual del SGC M-SGC Sigla + versión

Caracterización Código del proceso

Procedimientos P Sigla + Consecutivo del Procedimiento (A partir del 01) + Código del Proceso

Plan de calidad PC Sigla + Consecutivo del plan de calidad (A partir del 01) + Código del Procedimiento + Código del Proceso

Manual M Sigla + Consecutivo del Instructivo (A partir del 01) + Código del Procedimiento + Código del Proceso

Instructivo I Sigla + Consecutivo del Instructivo (A partir del 01) + Código del Procedimiento + Código del Proceso

Guía G Sigla + Consecutivo de la Guía (A partir del 01) + Código del Procedimiento + Código del Proceso

Formato F Sigla + Consecutivo del formato (A partir del 001) + Código del procedimiento + Código del Proceso

Programa o Plan PG Sigla + Consecutivo del programa (A partir del 001) + Código del Procedimiento + Código del Proceso

Documento Externo N/A Conserva su codificación original, para el caso de formatos se adiciona versión y fecha de publicación

5. Los siguientes caracteres corresponden a las iniciales del nombre asignado al proceso:

CODIGO PROCESO

PE Planeación Estratégica

GCC Gestión de Comunicación con el Cliente

GJ Gestión Jurídica

GQ Gestión de Calidad

AT Asistencia Técnica

GIV Gestión de Inspección, Vigilancia y Control

GPS Gestión para la Prestación de Servicios de Salud

GC Gestión de la Contratación

GAF Gestión Administrativa y Financiera

GT Gestión de Trámites

GTH Gestión del Talento Humano

GEC Gestión para la Evaluación y Control

6. La normatividad que soporta los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, se controla a través del Normograma de la entidad. La actualización, sistematización y divulgación corresponde al Proceso de Gestión Jurídica, en articulación con el equipo de calidad quien apoyará el proceso de sistematización de las normas en el módulo de normograma dispuesto en la plataforma SIG. La Subdirección Jurídica requiera a los diferentes líderes de procesos por lo menos una vez al año que realicen la revisión y actualización de las normas dispuestas en cada proceso.

7. La descripción de los procesos se realiza en la Plantilla Caracterización y los procedimientos en la plantilla Procedimientos SGC, para su posterior cargue al aplicativo

Cuando los formatos son cuadros de uso interno para diligenciar en (Word o Excel) estos llevan en el encabezado al lado izquierdo el logo de la DTSC, centrado, en mayúscula sostenida y en negrilla el nombre de la Dirección Territorial y el Sistema de Gestión de Calidad. En Minúscula el nombre del Proceso, el nombre del procedimiento, el nombre del formato va en minúscula con negrilla, al lado superior derecho la versión, el código y la fecha de aprobación, esta fecha se registrará con año, mes y día.

NOTA: Con el fin de estandarizar la presentación de los documentos del SGC, estos son escritos en fuente Arial 11 en cuerpo y hasta 14 para los títulos. Para el flujograma y los formatos este tamaño puede variar entre 8 y 11.

8. Los documentos controlados por el SGC tendrán el encabezado y los títulos que se manejan en este procedimiento: Proceso, Procedimiento, Objetivo, Alcance, Responsable, Generalidades. Los demás aspectos y contenidos serán establecidos a criterio y según las necesidades de cada proceso.

Los instructivos y programas deberán incluir la portada institucional definida en este procedimiento, la cual incluye código, versión y fecha de aprobación. Para el caso de políticas, objetivos, planes, manuales o códigos el control y la aprobación se realiza a través de resolución, con previa revisión y aprobación por la instancia que corresponda.

9. Con el fin de mantener la estructura de la codificación, los documentos controlados por el SGC (formatos, guías e instructivos) que no estén asociados a un procedimiento sino al proceso directamente, se debe colocar en el consecutivo del procedimiento 00. Ejemplo: F001-P00-DE

10. Además de los criterios establecidos en el Manual del SGC, son criterios de conveniencia y pertinencia para la

creación, modificación o eliminación de documentos, entre otros los siguientes: Agrega valor al proceso; tiene relación directa con el proceso; es práctico y permite la toma de decisiones oportunas frente al proceso y al procedimiento; es útil y se requiere para la ejecución de las actividades del proceso; es obsoleto, ayudará a disminuir riesgos o no conformidades en la operación.

11. Las solicitudes documentales (creación, modificación o eliminación) deben ser realizadas por los líderes de los procesos en el aplicativo del SGC en el módulo dispuesto para tal fin, donde además pueden anexar el borrador del documento con las modificaciones propuestas. Posteriormente en Comité de Gestión y Desempeño Institucional son revisadas y aprobadas las modificaciones a la documentación, para luego ser ingresadas al aplicativo para su divulgación e implementación. Al ingresar la documentación al aplicativo se da simultáneamente la actualización del Listado Maestro de Documentos.

Los formatos no requerirán ser presentados en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, si no que estos serán solicitados por el respectivo líder de proceso y revisados por el equipo de calidad. Así mismo se exceptúan de presentación ante el comité los documentos técnicos generados por el laboratorio de salud pública los cuales presentan un revisión técnica previa y una aprobación por parte del líder del proceso

12. La documentación de procedimientos, instructivos, formatos, entre otros, en los cuales interactúen varios procesos, debe ser construida conjuntamente por los líderes de los procesos que intervienen en los mismos o sus delegados.

13. El control de cambios a la documentación del SGC, se realizará por medio del aplicativo, teniendo como insumo las solicitudes documentales aprobadas.

14. Se considera que un documento está formalizado en el SGC, cuando a cumplido con los pasos mencionados en el numeral 11 del presente documento, queda registrado en el Listado Maestro disponible para su utilización o como obsoleto. Los documentos del SGC no requieren aprobación mediante acto administrativo, excepto en aquellos casos que por mandato superior así lo requieran.

15. Toda copia de la documentación que controla el SGC, que se encuentre impresa o en ubicación distinta a la plataforma del SGC, se considera Copia No Controlada. A excepción de los documentos del Laboratorio los cuales se requieren en las áreas de recepción y análisis para facilidad y oportunidad en el desarrollo de las actividades operativas que así la requieran. Para este caso se imprimen los documentos con marca de agua como "documento controlado" y se da la autorización por parte de calidad para su uso. Se llevará una distribución controlada de los documentos, dejando registro de la entrega, con el fin de facilitar la recolección de estos en el momento que se presente modificación de versión en los mismos.

16. Los documentos externos físicos como manuales, normas técnicas, guías, entre otros, que soporten el desarrollo de las actividades en los diferentes procesos, serán controlados a través de la plantilla de listado maestro de documentos externos, donde se registre las versiones vigentes, así como su punto de uso. Estos documentos físicos estarán identificados como documento externo controlado o documento obsoleto. Para el caso de los documentos obsoletos que se requieran seguir utilizando para consulta se dejará una observación justificando el porqué de su uso e identificando el documento como uso autorizado, de lo contrario se retirará del punto de uso y consulta y se trasladará al archivo central.

17. Los parámetros para realizar el control de registros, donde se definen los lineamientos para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición final de los mismos, se encuentran establecidos en el Procedimiento Gestión Documental P05-GAF.

18. Anualmente se establece en el plan de trabajo del sistema de gestión, la revisión documental definida en los procesos y procedimientos de la entidad, registrando los responsables de la revisión, actualización, fechas de ejecución y seguimiento por parte del líder y referente de calidad.

19. Cuando se requiere gestionar un cambio que afecta la integridad del Sistema de Gestión, se tiene en cuenta lo siguiente:

- Al identificar la necesidad del cambio que afecte al SGC (cambios en procedimientos, en productos, alcance, requisitos legales o reglamentarios, tecnología, ubicación, personal, etc), los líderes establecen una acción de mejora.
- La acción de mejora se documenta para realizar análisis de causas y de riesgos que puedan afectar la implementación de los cambios solicitados.
- Una vez se viabilice el cambio documentado, se planifica dicho cambio en el plan de trabajo del sistema de gestión, asignando responsables, fechas de ejecución y seguimiento.
- Se ejecutan las actividades planteadas en el plan de mejora y se realiza seguimiento a la implementación del cambio.
- Estos cambios realizados son llevados a la revisión por la dirección.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL	06.1-M01	Manual de Identidad Corporativa	1.0
Formatos	F001-P01-GQ	Control de Copias Controladas V01	1.0
Formatos	F002-P01-GQ	Listado Maestro para el Control de Documentos Externos Impresos	2.0
Anexo	Anexo 1.	Estructura Documental del Laboratorio	1.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Identificar la Necesidad de Crear, modificar o eliminar un Documento	Colaboradores de Entidad	Se identifica la necesidad de crear, modificar o eliminar un documento para mejorar la operación de los procesos, por cambios en la entidad, nuevos requerimientos de operación entre otros.	
3. Realizar solicitud documental en la plataforma del SIG	Líder de Proceso y equipo de trabajo	La persona que identifica la necesidad comunica al líder del proceso la propuesta de creación, modificación o eliminación, a través del módulo de control de documentos del SGC. El líder de proceso realiza la revisión de la propuesta y remite la solicitud a la oficina Asesora de Planeación y Calidad a través del módulo de control de documentos del SGC, para continuar con la revisión y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño institucional, en los casos que aplique.	Solicitud documental en plataforma del SGI
4. Analizar pertinencia de la solicitud documental	Responsable del Sistema de Gestión de Calidad-Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Se analiza la pertinencia de la propuesta, teniendo en cuenta parámetros legales, reglamentarios, aportes a la mejora del proceso, entre otros. De requerirse el responsable del Sistema de Gestión de Calidad envía la solicitud documental nuevamente para revisión/ajuste.	Solicitud de ajustes y actas de comité
5. requiere ajustes?	Líder de Proceso	Si la propuesta de creación, modificación o eliminación de documentos requiere ajustes, estos serán informados al líder de Proceso que realizó la solicitud, quien gestionará los mismos con su equipo de trabajo, según las observaciones realizadas. La propuesta con ajustes debe ser ingresada nuevamente en el módulo Creación, modificación y eliminación de documentos Si no requiere ajustes pasa a la actividad 6	Documento ajustado en plataforma
6. Aprobar el documento	Responsable de Control documental SGC	Revisar que la propuesta de creación, modificación o eliminación de documentos cumpla con los criterios establecidos en el Manual del SGC. Para los casos en que se hayan requerido ajustes y no cumpla con los criterios establecidos en el Manual del SGC, el responsable del control documental del SGC informa al líder de proceso para que realice los ajustes o lo descarte si es del caso. Si se aprueba el documento propuesto y se deja registro de aprobación en el Acta del Comité para los casos que aplique. El tiempo máximo para dar respuesta a la solicitud de trámite de los formatos, es de 5 días hábiles a partir de la radicación de la solicitud en el aplicativo, sin tener en cuenta los días que demore el líder de proceso en realizar ajustes, en caso de ser necesarios.	
7. Codificar y Publicar el documento	Responsable de Control documental SGC	Se asigna la codificación del documento identificando la versión, fecha y código, según criterios establecidos en las generalidades de este procedimiento (ver hoja Generalidades) y se publica en el aplicativo del SGC para su implementación.	Documento codificado y publicado
8. Divulgar modificaciones a la documentación del SGC	Responsable de Control documental SGC	Las modificaciones realizadas a la documentación del SGC, se notifican a través de la plataforma.	Plataforma
9. Socializar y verificar la implementación del documento	Líder de Proceso o su delegado	El líder del proceso y el responsable del documento con el apoyo del líder SGC son los encargados de socializar el documento formalizado, de verificar que en las dependencias de la entidad se implementen los documentos creados y/o modificados y de asegurar que no se utilicen versiones obsoletas.	Evidencia de socialización

10. Revisar la pertinencia de hacer cambios	Colaboradores de Entidad	Los documentos del SGC se revisan mínimo una vez al año o cuando sea necesario realizar modificaciones o eliminación de documentos, por cambios en los procedimientos, en la legislación o en el SGC.	Solicitud documental
11. Se hacen cambios	Líderes de proceso Responsable de Control Documental Líderes de calidad	Si no es pertinente hacer cambios en los documentos, se deja registro que evidencie la revisión de la documentación. Si se decide hacer modificaciones en documentos, regresar a la actividad 2 y dejar registro (Acta) indicando de manera concisa las modificaciones.	Acta de revisión de documentos.
12. Fin			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTIÓN DE PQRSD

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P06-GQ
	Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD		Fecha	2021-08-19
	Procedimiento: GESTIÓN DE PQRS		Versión	10.0

Objetivo

Establecer los parámetros para coordinar, controlar y gestionar oportunamente las PQRS que recibe la entidad de los grupos de interés, con el fin de garantizar la respuesta, cumplimiento normativo y satisfacción del mismo

Responsable

Director General, Subdirectores -Líderes de Proceso - Equipo de Atención al Ciudadano

Alcance

Este procedimiento aplica para las PQRS presentadas por los grupos de interés, desde el ingreso de la misma por los diferentes canales de comunicación, pasando por la radicación, gestión, respuesta, evaluación de satisfacción, seguimiento, informes y mejora continua para toda la entidad.

Generalidades

1. Definiciones y términos:

- PQRS: Corresponde a la abreviatura de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.
- Petición: Es el derecho fundamental que tiene toda persona a presentar solicitudes respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener su pronta resolución. Facultad que tiene toda persona de acudir ante autoridad competente, para elevar solicitudes de información y/o consulta. Clasificación de los derechos de petición:
 - ü Petición de interés particular: Se define como la resolución de una petición que interesa solo al peticionario. Tiempo de respuesta 15 días hábiles.
 - ü Petición de interés general: Se define como la resolución de una petición que interesa a toda la comunidad. Tiempo de respuesta 15 días hábiles.
 - ü Petición de información: Solicitar y obtener información sobre la acción de las autoridades. Solicitud de copias, o expedición de documentos. Tiempo de respuesta 10 días hábiles.
 - ü Petición de consulta: Formular consultas escritas o verbales al funcionario o entidad sobre las materias a su cargo. Tiempo de respuesta 30 días hábiles.
 - ü Petición de entes de control o demás entidades: Cuando una autoridad formule una petición a la DTSC, estas ingresaran como una petición al modulo de PQRS, con el fin de llevar el control de la misma y se dará trámite de acuerdo con el tiempo estipulado en la petición. En los casos que no se encuentra estipulado el tiempo de respuesta, el responsable del SAC determina si esta corresponde a una petición de información, de interés particular o general, o consulta. Para los casos en que no se pueda dar trámite por encontrarse la petición incompleta o el tiempo de respuesta requerido es insuficiente, se solicitará completar la solicitud o la ampliación de plazo en los términos y condiciones definidos en el derecho de petición.

Contenido y oportunidad de las respuestas a solicitudes de acceso a información pública: Conforme a lo establecido en el artículo 26 de la Ley 1712 de 2014 o el que lo modifique, sustituya o adicione, en el acto de respuesta a solicitudes de acceso a información pública, la DTSC debe aplicar las siguientes directrices:

- (1) El acto de respuesta debe ser por escrito, por medio electrónico o físico de acuerdo con la preferencia del solicitante. Cuando la solicitud realizada no especifique el medio de respuesta de preferencia el sujeto obligado podrá responder por el mismo medio de la solicitud.
- (2) El acto de respuesta debe ser objetivo, veraz, completo, motivado y actualizado y debe estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes o interesados en la información allí contenida.
- (3) El acto de respuesta debe ser oportuno respetando los términos de respuesta al derecho de petición de documentos y de información que señala el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, o las normas que lo complementen o sustituyan.
- (4) El acto de respuesta debe informar sobre los recursos administrativos y judiciales de los que dispone el solicitante en caso de no hallarse conforme con la respuesta recibida.

Parágrafo 1°. En los casos de respuestas a solicitudes de información clasificada o reservada, además de las directrices antes señaladas, debe tenerse en cuenta lo establecido en el Artículo 2.1.1.4.4.1, Sección 4, Capítulo 4, Título 1, Parte 1, del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015.

Parágrafo 2°. Cuando las solicitudes se refieran a consulta de documentos que están disponibles en medio físico y no se solicite su reproducción, los sujetos obligados dispondrán de un sitio físico para la consulta.

•Excepciones al Derecho fundamental de acceso a la información pública: La DTSC garantizará la eficacia del ejercicio del derecho fundamental de acceso a la información pública, sin perjuicio de su facultad de restringirlo en los casos autorizados por la Constitución o la ley, y conforme a lo previsto en los artículos 18 y 19 la Ley 1712 de 2014, en consonancia con las definiciones previstas en los literales c) y d) del artículo 6°, de la misma.

•Petición No Procedente: Petición cuyo contenido es irrespetuoso y en donde se puede llegar a tener lenguaje vulgar,

grosero, obsceno o similar. Este tipo de peticiones serán rechazadas por el personal del SAC/SIAU sin respuesta alguna al peticionario.

· **Petición No Competencia de la DTSC:** Si la entidad determina durante la actividad de gestionar la petición que no es la competente, se informará de inmediato al interesado si este actúa verbalmente, o dentro de los cinco (5) días siguientes al de la recepción, si obró por escrito. Dentro del término señalado remitirá la petición al competente y dará respuesta definitiva, identificando claramente en este el porqué de la no competencia de la DTSC y de la competencia de la autoridad a la cual se remite, enviando copia del oficio remitido al peticionario.

· **Peticiones Incompletas:** En virtud del principio de eficacia, cuando la DTSC constate que una petición ya radicada está incompleta o que el peticionario deba realizar una gestión de trámite a su cargo, necesaria para adoptar una decisión de fondo, y que la actuación pueda continuar sin oponerse a la ley, requerirá al peticionario dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos o informes requeridos, se reactivará el término para resolver la petición. Por otra parte, se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud o de la actuación cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. Vencidos los términos establecidos anteriormente, sin que el peticionario haya cumplido el requerimiento, la autoridad decretará el desistimiento y el archivo del expediente, mediante acto administrativo motivado, que se notificará personalmente, contra el cual únicamente procede recurso de reposición, sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda ser nuevamente presentada con el lleno de los requisitos legales.

· **Peticiones reiterativas ya resueltas:** para este tipo de peticiones la entidad podrá remitirse a las respuestas anteriores, salvo que se trate de derechos imprescriptibles, o de peticiones que se hubieren negado por no acreditar requisitos, siempre que en la nueva petición se subsane.

· **Peticiones análogas:** Cuando más de diez (10) personas formulen peticiones de información, de interés general o de consulta, la entidad podrá dar una única respuesta que publicará en un diario de amplia circulación, la pondrá en su página web y entregará copias de la misma a quienes las soliciten.

· **Desistimiento expreso de la petición:** Los interesados podrán desistir en cualquier tiempo de sus peticiones, sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda ser nuevamente presentada con el lleno de los requisitos legales, pero la DTSC podrá continuar de oficio la actuación si la consideran necesaria por razones de interés público; en tal caso expedirán resolución motivada.

Atención prioritaria de peticiones: Las autoridades darán atención prioritaria a las peticiones de reconocimiento de un derecho fundamental cuando deban ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable al peticionario, quien deberá probar sumariamente la titularidad del derecho y el riesgo del perjuicio invocado.

Cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la medida solicitada, la autoridad adoptará de inmediato las medidas de urgencia necesarias para conjurar dicho peligro, sin perjuicio del trámite que deba darse a la petición. Si la petición la realiza un periodista, para el ejercicio de su actividad, se tramitará preferencialmente.

· **Queja:** Es la manifestación de No - Conformidad, insatisfacción, desagrado, o descontento que un ciudadano pone en conocimiento de la DTSC, por presuntas conductas irregulares desarrolladas por personas naturales o jurídicas que puedan tener incidencia o riesgo para la salud de la población. Tiempo de respuesta 15 días hábiles. Nota: La persona encargada del SAC-SIAU deberá en todas las ocasiones, dirigir la queja a la dependencia que corresponda, en dónde el servidor competente determinará las acciones a seguir, conforme a la normatividad vigente en materia de inspección, vigilancia y control que se realice sobre el caso en particular, remitiendo a su vez, respuesta definitiva al quejoso que contenga el acuse del recibido y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la DTSC, así como su derecho al acceso a la información para conocer el estado del trámite.

· **Reclamo:** es una exigencia presentada por cualquier ciudadano, ante la ausencia irregular o mala prestación de un servicio a cargo de la DTSC, por una obligación incumplida o por la prestación deficiente de una función a cargo de la misma. Tiempo de respuesta 15 días hábiles. Nota: La persona encargada del SAC-SIAU deberá en todas las ocasiones, dirigir el reclamo a Control Interno Disciplinario de la DTSC, en dónde el servidor competente determinará las acciones a seguir, conforme a la normatividad vigente en materia disciplinaria y a la investigación que se realice sobre el caso en particular, remitiendo a su vez, respuesta definitiva al reclamante que contenga el acuse del recibido y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la DTSC, así como su derecho al acceso a la información para conocer el estado del trámite.

· **Sugerencia:** Es la manifestación de una idea o propuesta para mejorar el servicio o la gestión de la DTSC. Tiempo de respuesta 15 días hábiles. Nota: La persona encargada del SAC-SIAU deberá en todas las ocasiones, dirigir la sugerencia a la oficina encargada del Sistema de Gestión de Calidad, en dónde el servidor competente determinará las acciones a seguir, conforme a los procesos de mejora continua establecidos, remitiendo a su vez, respuesta definitiva al peticionario que contenga el acuse del recibido y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la DTSC.

· **Denuncia:** Manifestación de una persona a través del cual pone en conocimiento hechos presuntos de corrupción (entiéndase como hecho de corrupción el abuso del poder para el beneficio propio o de un tercero), los cuales se darán

traslado a la entidad competente para que efectúen el respectivo análisis y trámite pertinente. Tiempo de respuesta 15 días hábiles. Nota: La persona encargada del SAC-SIAU deberá en todas las ocasiones, dirigir la denuncia a la Subdirección Jurídica de la DTSC, en dónde el servidor competente determinará las acciones a seguir, conforme a la normatividad vigente, remitiendo a su vez, respuesta definitiva al reclamante que contenga el acuse del recibido y suministrar información respecto del trámite a adelantarse al interior de la DTSC.

· Felicitación: Manifestación que utiliza una persona para expresar su satisfacción frente a un servicio o gestión de la DTSC. Los reconocimientos como el caso de las felicitaciones, agradecimiento u otros, son actuaciones de los grupos de interés, que la entidad puede usar para medir la satisfacción de los mismos, aunque no tienen obligatoriedad de respuesta se deberán ingresar por los canales oficiales de la entidad.

· SIAU (Servicio de información y atención al Usuario): Debe existir en todas las EPS e IPS para atender las solicitudes de la comunidad. Es una herramienta para garantizar la calidad en la prestación de servicios que alimenta el cambio en la Institución y en las personas.

· S.A.C (Servicio de Atención a la Comunidad): Dependencia establecida para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes de los ciudadanos. Se crea para recepcionar, clasificar, canalizar, tramitar, dar solución a las quejas y hacer seguimiento a las inquietudes, recomendaciones que presentan los ciudadanos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Entes de Control a fin de tomar los correctivos para el mejoramiento de la calidad y oportunidad en la prestación del servicio.

· Buzón de sugerencias: Medio de comunicación a través del cual los Usuarios interponen sus PQRS de manera escrita, el Usuario puede dejar sus datos personales o puede hacerlo de manera anónima. Es importante recordar a los usuarios que siempre tendrá en cuenta su opinión y se debe dejar de lado el temor a participar a través de este medio.

2. Todo colaborador de la DTSC, es responsable de brindar la debida información que facilite al Ciudadano-Cliente a interponer una PQRS de acuerdo al presente procedimiento.

3. Los responsables del SAC-SIAU de la entidad son los encargados de asignar las PQRS, a través de las rutas de asignación definidas para ello. Los subdirectores y/o jefes de oficina serán los responsables de la definición y actualización permanente de las rutas de asignación para el trámite pertinente y oportuno de las PQRS.

4. El proceso de Gestión de la Evaluación y Control a cargo de la Oficina de Control Interno, realiza seguimiento y control a que la atención se preste de acuerdo con las normas y los parámetros establecidos en este procedimiento. Para lo cual rinde un informe semestral a la Dirección General sobre los resultados de dicho seguimiento.

5. Los responsables de atención al ciudadano SAC-SIAU previo visto bueno de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, podrán presentar ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, las PQRS que estimen de trascendental importancia; así mismo, podrán presentar ante el mismo Comité propuestas de mejora frente a la pertinencia de canales, procesos de radicación, gestión, respuesta, notificación, evaluación de la satisfacción y acciones.

6. Para la atención a las peticiones los responsables de tramitar las PQRS, actuarán de acuerdo a la normatividad legal y vigente, dando respuesta oportuna, completa y de fondo en lo solicitado por los grupos de interés y que de dicha gestión, quede evidenciada en el aplicativo establecido por la DTSC. Cuando el interés general propio de la función pública entre en conflicto con el interés particular y directo del servidor público, responsable de tramitar la PQRS, este deberá declararse impedido.

7. Toda respuesta a las PQRS se dará por escrito relacionando en el asunto el consecutivo que identifica a la misma dentro del módulo de la DTSC. Ej.: Asunto: Respuesta a PQRS N° 001.

8. Los canales oficiales de ingreso de las PQRS, son los que se relacionan a continuación:

a. Presencial:

ü Buzón de sugerencias: Urna de comunicación física donde el Ciudadano-Cliente puede depositar su PQRS.

ü Personalmente: Se puede realizar directamente en los SAC por el Ciudadano-Cliente, en las dependencias facultadas para la recepción de PQRS o en actividades donde participe la entidad.

b. Virtual:

ü Servicio al Ciudadano - Pagina Web: La Entidad dispone de un enlace de fácil acceso en la página web, para la recepción de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y denuncias, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Programa Gobierno en Línea; donde el ciudadano puede hacer la radicación en línea directamente.

ü Correo electrónico: sac@saluddecaldas.gov.co está dispuesto para recibir las PQRS de la entidad en general y también las anónimas.

c. Telefónico: Línea gratuita de atención al cliente 018000968080 y Pbx 57(6)8783096 Ext. 142 a nivel nacional.

d. Escrito: Son las allegadas a la entidad por medio de empresas de mensajería o servicios postales.

e. Medios de comunicación e información audios, videos, radio, prensa y tv: son aquellas quejas, reclamos o denuncias que se divulgan por estos medios de comunicación e información y que vinculan de manera directa a la entidad y/o sus competencias, las cuales son identificadas y analizadas por la Oficina de Prensa y Comunicaciones, quien informará a los responsables del SAC-SIAU de la DTSC para su radicación y trámite. Para el caso de audios y videos será la subdirección u oficina que corresponda la encargada de informar al SAC para la radicación y trámite de la PQRS. Para

todos los casos las PQRSD recepcionadas a través de este medio se dará trámite como anónimo.

8. Todas las PQRSD que reciba la entidad, deberán tramitarse en los términos establecidos a partir de la fecha de radicación por parte del interesado, esto como promesa de servicio de la entidad. Dando atención prioritaria a las presentadas por menores de edad, población desplazada, entidades gubernamentales y/o autoridades competentes, personas con discapacidad y/o con diversidad funcional.

9. Todas las peticiones deben obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto, para manejos internos se considerará una respuesta parcial.

10. El área encargada de la radicación de PQRSD, realiza esta actividad de forma inmediata o antes de finalizar el día, debido a que el tiempo de respuesta se contempla desde el momento en que los grupos de interés las presentan a la DTSC.

11. Cuando una PQRSD llegue por un canal de comunicación no oficial para dicha radicación, ejemplo Facebook, Twitter etc.; el responsable de administrar ese canal, deberá informar a los grupos de interés cuales son los canales oficiales a donde deben hacer llegar su PQRSD, para que así se le dé el tratamiento en la entidad, dándole especial relevancia e información sobre el canal virtual.

Ejemplo Twitter: Apreciado ciudadano su PQRSD es muy importante para nosotros, por ello solicitamos radicarla en el canal oficial en www.saluddecaldas.gov.co sección atención al ciudadano - PQRS

12. Las solicitudes asociadas a los trámites y servicios que brinda la DTSC no se tramitarán por el módulo de PQRS, puesto que estos tienen sus especificaciones técnicas y legales, de acuerdo con las normas que rigen cada tema.

13. Las solicitudes de asistencia técnica en los diferentes temas competencia de la DTSC, serán recepcionadas por la Oficina Asesora de Planeación y Calidad para ser ingresadas y direccionadas a través del módulo de solicitudes de asistencia técnica para su trámite por las áreas que correspondan.

14. Se excluye como PQRS todos los requerimientos judiciales tales como: tutelas, demandas, desahucios, conciliaciones y exhortos.

15. Para los casos en que se remitan quejas o denuncias a una entidad diferente con copia a la DTSC, el personal de SAC/SIAU informa al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, con el fin de realizar el análisis de cada caso en particular y determinar si es competencia de la entidad para iniciar con el respectivo trámite.

16. Con el fin de llevar la trazabilidad de los consecutivos, cuando se presente el ingreso de peticiones repetidas por error en el registro o fallas en el sistema, se dará cierre a esta dejando en observaciones la nota aclaratoria de que se encuentra repetida.

17. En el marco de sus competencias el SAC debe atender y canalizar las PQRS de las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la DTSC, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.

18. Como parte de las actividades desarrolladas por el SAC/SIAU se encuentra la gestión que realizan con los diferentes usuarios para facilitar el acceso a los servicios de salud, estas gestiones se registran en el módulo de intermediaciones con el fin de llevar la trazabilidad de las mismas.

19. La falta de atención a las peticiones y a los términos para resolverlas, al igual que desatender las prohibiciones estipuladas y el desconocimiento de los derechos de las personas de que trata la Ley 1437 del 2011 o la que la modifique, adicione o sustituya, constituirán falta para el servidor público y darán lugar a las sanciones correspondientes de acuerdo con el régimen disciplinario.

20. Con la finalidad de garantizar el cumplimiento de oportuno en la gestión interna del trámite de las PQRS se estipulan los siguientes términos internos:

Petición general: 10 días hábiles

Petición de documentos o información: 7 días hábiles

Petición de consulta: 20 días

Queja: 10 días hábiles

Reclamo: 10 días hábiles

Sugerencia: 10 días hábiles

Denuncia: 10 días hábiles

21. La medición de los indicadores de oportunidad en la gestión de las PQRS se realizará teniendo en cuenta los términos estipulados en la normatividad vigente, sin embargo se realizará monitoreo del cumplimiento de los términos internos estipulados para determinar el nivel de cumplimiento de los diferentes equipos de trabajo.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P04-PE	Formato PQRS	2.0
Formatos	F002-P04-PE	Acta Apertura buzón	2.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. INICIO			
2. Recepcionar PQRS	Ventanilla única - Equipo de Atención al usuario	<p>El Ciudadano-Cliente remite la PQRS por alguno de los canales oficiales dispuestos por la entidad para tal fin.</p> <p>Nota: Al Ingresar una PQRS por la página web, está llega directamente al aplicativo y obtiene un número consecutivo.</p>	F001-P04-PE Formato Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias Correo Electrónico Pagina Web Oficio con radicado
3. Radicar PQRS	Ventanilla única - Equipo de SAC/SIAU	<p>La PQRS radicada por el canal presencial es entregada a las Unidades de Correspondencia, quienes se encargan de poner el número de radicado y hacer entrega al equipo de SAC/SIAU el mismo día en que se recibe, para su posterior registro en el aplicativo de PQRS, dentro de las 4 horas siguientes a su recibo.</p> <p>Las PQRS radicadas por el formulario de la página web ingresan directamente en el aplicativo de PQRS, para iniciar su gestión.</p> <p>Las PQRS radicadas virtualmente por el correo sac@saluddecaldas.gov.co, son administradas directamente por personal de la oficina de atención a la ciudadanía, quienes se encargan de indexar la información al aplicativo de PQRS, para iniciar su gestión. Dicha registro se realiza dentro de las 6 horas siguientes a su recibo en el correo.</p> <p>Las PQRS radicadas telefónicamente, se ingresan directamente al aplicativo PQRS, para iniciar su gestión.</p> <p>Las PQRS ingresadas por medio de Buzón, se radican así: Semanalmente se abre el buzón por parte de representante del área atención a la ciudadanía en presencia de un testigo interno o externo a la entidad, de lo cual queda registro en Acta de Apertura de buzón.</p> <p>Nota: La apertura del buzón se debe dar a más tardar el último día hábil de la semana.</p> <p>Inmediatamente son ingresadas al aplicativo de PQRS para iniciar su gestión.</p> <p>Las PQRS derivadas de medios de comunicación e información son remitidas por las áreas responsables al equipo de SAC/SIAU por correo electrónico a más tardar al día siguiente de su identificación para ser ingresadas al módulo de PQRS</p>	<p>Aplicativo para radicación de correspondencia</p> <p>Aplicativo PQRS actualizado</p> <p>F001-P04-PE Formato Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.</p> <p>F002-P04-PE Acta de Apertura al buzón de PQRS</p>
4. Direccionar la PQRS	Equipo SAC/SIAU	Una vez sea ingresada la PQRS en el módulo asignado en el aplicativo SIG, el responsable de Atención a la Ciudadanía se encarga de analizar, clasificar y direccionar a la Subdirección u oficina que corresponda, las PQRS que lleguen a la entidad.	Módulo PQRS del aplicativo SIG
5. ¿Se direcciono adecuadamente?	Enlace PQRS	El enlace de cada subdirección u oficina determina si la PQRS se direccionó adecuadamente, de acuerdo con las funciones asignadas a la subdirección y/u oficina. Si es competencia acusa recibido, de lo contrario devuelve nuevamente al SAC con la respectiva observación, a más tardar al día siguiente de su remisión.	

6. Gestionar PQRS	Director General Subdirectores Jefes de oficina Competente de respuesta	<p>Una vez analizada la PQRS, el responsable de la respuesta se encargará de la gestión oportuna de dicha PQRS , determinando si esta cuenta con la información suficiente para realizar la gestión interna o si se requiere de tiempo adicional para su trámite. En los dos casos se debe hacer la solicitud por escrito de acuerdo con los términos otorgados por la ley y dejar el registro de las actuaciones en el aplicativo de PQRS. Si el peticionario no da respuesta en el tiempo estipulado o desiste de su manifestación, el competente de la respuesta informa al peticionario y deja registro de la actuación en el aplicativo de PQRS.</p> <p>Para el caso en que la entidad no sea la competente para dar trámite a la PQRS recepcionada, el responsable de la respuesta informará dentro de los cinco (5) días siguientes al de la recepción, remitirá la petición al competente y dará respuesta definitiva, identificando claramente en este el porqué de la no competencia de la DTSC y de la competencia de la autoridad a la cual se remite, enviando copia del oficio remitido al peticionario.</p> <p>Para el caso de las PQRS que requieran una respuesta conjunta entre diferentes áreas, será la Oficina Asesora de Planeación y Calidad la encargada de consolidar y remitir una única respuesta al peticionario.</p> <p>Nota: Las respuestas que sean suscritas por el Director General, deberán contar con el visto bueno de la subdirección jurídica.</p>	Respuestas en el Módulo PQRS del aplicativo SIG
7. Redireccionar a SAC	Enlace PQRS	<p>Cuando se enrute una PQRS que no corresponda según las funciones a la subdirección u oficina, esta se debe redireccionar a través del modulo nuevamente al SAC con la observación respectiva a mas tardar al día siguiente, con el fin de que el SAC analice el caso y remita a la dependencia competente.</p>	Observación registrada en el Módulo PQRS del aplicativo SIG
8. Responder PQRS y realizar seguimiento	Director General Subdirectores Jefes de oficina Competente de respuesta	<p>El competente de la respuesta en cada Subdirección u Oficina, envía al ciudadano-cliente por escrito la respuesta a su PQRS, e ingresa inmediatamente dicha respuesta con el soporte de envío, al aplicativo como evidencia de su gestión, enrutándola al equipo de atención a la ciudadanía para que realicen el cierre respectivo.</p> <p>Para el caso de los anónimos se proyecta la respuesta y se envía a sistemas para su publicación en la pagina web de la entidad, al igual que se efectúa el respectivo reporte en modulo de PQRS.</p> <p>Nota: De acuerdo con la normatividad vigente las PQRS se deberán atender de fondo, de manera oportuna y clara y respondiendo lo solicitado por el ciudadano - Cliente</p>	Respuestas en el Módulo PQRS del aplicativo SIG
9. Cerrar PQRS	Equipo SAC/SIAU	<p>Una vez recepcionada la respuesta a la PQRS, el responsable de Atención a la Ciudadanía, realiza la verificación de los soportes de envío y si estos se encuentran conformes se procede a cerrar la PQRS, de lo contrario se devuelve al responsable para que adjunte los soportes de envío de la respuesta al ciudadano.</p> <p>Aleatoriamente a través de las encuestas de satisfacción se verifica el grado de satisfacción del ciudadano con la respuesta dada por la entidad.</p> <p>Para las PQRS anónimas se da el cierre verificando que la respuesta haya sido publicada en los medios estipulados por la entidad.</p>	Módulo de PQRS con cierre


10. Seguimiento y reporte de incumplimientos de los términos internos institucionales	Equipo SAC/SIAU	<p>El equipo SAC-SIAU realiza el respectivo seguimiento para el trámite oportuno de las pqrds dejando registro de este en el módulo. En el caso de identificarse incumplimiento en los términos internos establecidos, se dejará constancia del reporte por incumplimiento en la plataforma y se notificará al subdirector, supervisor o jefe del área correspondiente para que tramite la respuesta oportuna el cual no podrá superar los tres días siguientes a la notificación.</p> <p>Para el caso en que el incumplimiento pase de ser interno a legal, se remitirá a la subdirección jurídica para que esta proceda a efectuar las acciones disciplinarias que correspondan y su vez dar trámite a la pqrds.</p>	Módulo de PQRS
11. Generar informes de la gestión de las PQRS	Equipo SAC/SIAU	<p>Trimestralmente se consolidan Informes del seguimiento a las PQRS, evidenciando la gestión realizada en la entidad, dichos consolidados son presentados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para su análisis y toma de acciones.</p> <p>Trimestralmente se publican los consolidados de las PQRS en la página web para conocimiento de la ciudadanía.</p> <p>Nota: La información para la consolidación de informes se tomará de la fuente de datos del aplicativo, los informes serán generados a mas tardar 40 días hábiles después de terminado el trimestre</p>	Consolidado de PQRS Acta de Comité
12. Control de las PQRS	Control interno disciplinario - Control interno	<p>La subdirección jurídica es la responsable de adelantar las investigaciones disciplinarias en caso de incumplimientos a las respuestas de las PQRS en los términos contemplados en la Ley.</p> <p>Adicionalmente, la oficina de control interno verifica que la atención se preste de acuerdo con las normas y los parámetros establecidos por la entidad, presentando informe semestral de esta verificación a la Dirección de la Entidad.</p> <p>Una vez el caso sea remitido a la unidad de control disciplinario interno a cargo de la subdirección jurídica como líder dentro del proceso disciplinario, el personal designado, realiza el respectivo trámite evaluando la gravedad del incumplimiento por la no contestación de la petición dentro del término legal, y con base en ello, determinarán el tipo de sanción a aplicar dentro del caso en concreto.</p>	Informes de verificación a la atención al ciudadano Investigaciones disciplinarias de requerirse
13. Formular Acciones Correctivas y/o de mejora	Director General - Subdirectores - Jefes de oficina - Equipos de trabajo	Los responsables de procesos deberán formular las Acciones Correctivas o Acciones de Mejora, según corresponda de acuerdo al procedimiento Acciones Preventivas y Correctivas y/o Mejora de la entidad.	Acciones Correctivas y/o de mejora
14. Realizar seguimiento a la eficacia de las acciones	Equipo de calidad	<p>Desde la oficina asesora de planeación y calidad se evalúa la eficacia de las acciones implementadas por parte de los responsables.</p> <p>Nota: La Oficina de Control Interno, podrá tomar como insumo las acciones implementadas para el desarrollo de sus informes de evaluación y seguimiento.</p>	Acciones Correctivas y/o de mejora con seguimiento
15. FIN			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTIÓN Y ADMINISTRACION DE TRAMITES

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P07- GQ
	Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD		Fecha	2021-11-08
	Procedimiento: GESTIÓN Y ADMINISTRACION DE TRAMITES		Versión	4.0

Objetivo

Garantizar que los trámites y otros procedimientos de cara al ciudadano (OPAS) cumplan con los parámetros establecidos por el Departamento Definir las actividades necesarias para identificación, registro, inscripción y actualización de los trámites y OPAS en el sistema SUIT, contribuyendo así con la efectividad de la gestión de la entidad.

Responsable

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad – Subdirectores – Líderes de procesos misionales.

Alcance

Inicia con la identificación del inventario de trámites y otros procedimientos de cara al ciudadano (OPAS) de la entidad y termina con la publicación, seguimiento y actualización de los mismos.

Generalidades

1. Definiciones:

Trámite: Conjunto de requisitos, pasos o acciones reguladas por el Estado, dentro de un proceso misional, que deben efectuar los ciudadanos, usuarios o grupos de interés ante una entidad u organismo de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para acceder a un derecho, ejercer una actividad o cumplir con una obligación, prevista o autorizada por la ley.

OTRO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO – OPA: Conjunto de requisitos, pasos o acciones dentro de un proceso misional, que determina una entidad u organismo de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas para permitir el acceso de los ciudadanos, usuarios o grupos de interés a los beneficios derivados de programas o estrategias cuya creación, adopción e implementación es potestativa de la entidad.

Racionalización de trámites: es la implementación de actividades relacionadas con la simplificación, estandarización, eliminación, optimización y automatización de trámites y procedimientos administrativos, que busca disminuir costos, tiempos, requisitos, pasos, procedimientos y procesos, mejorar canales de atención para facilitarle a los ciudadanos, usuarios y grupos de interés el acceso a sus derechos, el ejercicio de actividades y el cumplimiento de sus obligaciones.

Sistema Único de Información de Trámites-SUIT: es el instrumento de acceso a la información de los trámites y otros procedimientos administrativos-OPA del Estado Colombiano, y única fuente válida de información exigible y oponible, según lo establecido en el artículo 1 de la Ley 962 de 2005.

Manifestación de impacto regulatorio (MIR): es el documento en el cual se presenta la justificación jurídica y técnica para la creación, adopción o modificación estructural de un trámite, su eficacia, eficiencia y los costos de implementación para los obligados a cumplirlo; así mismo, se sustenta la existencia de recursos presupuestales y administrativos necesarios para su aplicación.

2. Los trámites reportados por las entidades de la Administración Pública se pueden encontrar en cualquiera de los siguientes estados dentro del SUIT:

- Sin gestión
- En creación
- Tareas pendientes
- Enviados para revisión
- Inscritos

3. Para la definición de un nuevo trámite en el SUIT, el jefe de la oficina Asesora de planeación y Calidad recibe la solicitud con el manifiesto de impacto regulatorio por parte del responsable del trámite con el visto bueno del líder de proceso que lo requiere.

4. Los trámites deben contar con las siguientes características:

Están autorizados por la ley: Ley 96 de 1985, artículo 59

- Están relacionados con procesos misionales.
- Deben ser solicitados por ciudadanos, usuarios o grupos de interés ante organismos y entidades del Estado o particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
- Se obtiene la entrega efectiva de un producto
- Es oponible o vinculante para el ciudadano, usuario y grupo de interés

5. Las características de otros procedimientos administrativos – OPAS son:

- Programas, proyectos o iniciativas que generan valor agregado a la oferta institucional.
- No está expresamente establecido en la Ley
- Puede ser temporal
- No es oponible o vinculante para el ciudadano, usuario o grupo de interés

6. Los procedimientos de la administración pública que no se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la política de racionalización de trámites, son:

a. Los que no están creados o autorizados por la ley

b. Los procesos, demandas y en general los actos derivados de la actividad jurisdiccional (Rama Judicial)

c. Las actuaciones desarrolladas en ejercicio de la actividad legislativa del Estado (Rama legislativa).

d. Procedimiento disciplinario y fiscal que adelantan la Procuraduría y Contraloría respectivamente (Art. 2 de la Ley 962 de 2005 - órganos de control)

e. Procesos de control interno disciplinario

f. Las actuaciones desarrolladas por particulares que no sean en ejercicio de funciones administrativas.

g. Procedimientos administrativos que no sean misionales:

I. procesos estratégicos: (también denominados gerenciales)

II. de apoyo: también denominados procesos de soporte

III. de evaluación: procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición y seguimiento, auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales de las instituciones.

Estos pueden ser:

- Procedimientos administrativos sancionatorios: En ejercicio de la potestad disciplinaria interna de la administración pública.
- Procedimientos administrativos recursivos o de impugnación, entendidos estos como los recursos susceptibles de ser interpuestos contra aquellas decisiones de la administración pública.
- Procedimientos administrativos internos y los generados por clientes internos de la institución.

h. Peticiones, quejas, reclamos, denuncias – PQRD: Cada entidad en su página web, debe habilitar un botón o enlace de contacto que permita el ingreso, identificación, características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).

j. Procesos de la gestión del talento humano, como nombramientos, vacaciones, licencias, aceptación de la renuncia, etc.

k. Procedimientos administrativos recursivos o de impugnación

l. Los que el resultado final es una sanción.

m. Procedimientos adelantados en la contratación pública: En general los procesos de contratación (creación, adjudicación, registro y seguimiento a la ejecución contractual), se desarrollan en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública - SECOP II, de conformidad al artículo 3 de la Ley 1150 de 2007.

n. Procedimientos que se adelanten de oficio o en revisión: Los procedimientos administrativos se adelantarán por escrito, verbalmente, o por medios electrónicos (inciso primero del artículo 34 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo). Para que se active la relación entre el usuario y el Estado, debe existir una solicitud, actuación o pasos que den inicio al procedimiento administrativo (Ej. Cobro coactivo que adelanta el Fondo Nacional del Ahorro cuando un deudor se atrasa en el pago de las cuotas de su crédito hipotecario de vivienda).

o. Cumplimiento de orden judicial o de órganos de control: Todas las instituciones del Estado tienen el deber de acatar los fallos judiciales, sin entrar a evaluar si ellos son convenientes u oportunos. La autoridad judicial ordena directamente a la autoridad administrativa sobre el cumplimiento de la decisión judicial (Ej. Cancelar el Registro Sindical por Orden Judicial - Ministerio del Trabajo).

p. Asesorías, capacitaciones, acompañamiento y apoyo en asuntos de competencia de las instituciones públicas.

q. Solicitud de acceso a la información pública Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier sujeto obligado de acuerdo con la Ley 1712 de 2014.

r. Los libros impresos o virtuales (formatos de textos digitalizados), a excepción de aquellas entidades en las que sean procesos misionales (Ej. Biblioteca de la Fundación Gilberto Alzarte Avendaño, Biblioteca Pública Virgilio Barco).

s. Solicitudes de usuarios, registros, cargue de información en bases de datos, aplicativos o sistemas de información (Ej. SIGEP, SUIT, SECOP, etc.)

t. Venta de bienes y servicios del Estado.

7. El rol de administrador de trámites el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad o su delegado.

8. El seguimiento a los trámites se debe realizar mínimo una vez al año, por las siguientes fuentes: Solicitud del líder del proceso relacionado Responsable del trámite

De acuerdo a la programación definida por el administrador de trámites.

9. La mesa temática de racionalización de trámite, gobierno en línea, y seguridad de la información está conformado por resolución 0288 del 20 de mayo de 2019, la su periodicidad de la mesa será trimestral o de manera extraordinaria cuando el tema a tratar, así lo demande. En dicha mesa se realiza seguimiento a las actividades desarrolladas por la entidad, para el fortalecimiento de los trámites a través del uso de las Tecnologías de Información y comunicación con lo cual se busca reducir tiempos de respuesta y garantizar la satisfacción del cliente.

10. Los responsables asignados a cada uno de los trámites reportaran a la oficina Asesora de Planeación y Calidad los primeros cinco días de cada mes, el número de solicitudes recibidas y tramitadas por cada trámite u otro procedimiento administrativo de cara a la ciudadanía - OPA.

11. El responsable del trámite, en caso de presentarse modificaciones por cambios en la normatividad, será el encargado de realizar las gestiones ante el administrador de trámites, para efectuar la revisión y aprobación ante el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos	I01-P01-GT	Instructivo para la Gestión del Fondo Rotatorio de Estupeficientes	1.0
Instructivos	I02-P01-GT	Instructivo para la Gestión de Medicamentos e Insumos de Interés en Salud Pública	1.0
Formatos	F001-P01-GT	Solicitud de Autorización Sanitaria- Agua	3.0
Formatos	F002-P01-GT	Lista de Chequeo Requisitos para la Solicitud de Carné de Protección Radiológica	2.0
Formatos	F003-P01-GT	Solicitud de Licencia de Prácticas Médicas	3.0
Formatos	F004-P01-GT	Lista de Chequeo Inscripción de Institución Prestadora de Servicios de Salud- IPS	5.0
Formatos	F005-P01-GT	Lista de Chequeo Inscripción Objeto Social Diferente	5.0
Formatos	F006-P01-GT	Lista de Chequeo Profesional Independiente	6.0
Formatos	F008-P01-GT	Recepción de Documentos Registros Profesionales	3.0
Formatos	F009-P01-GT	Requisitos para Solicitud de Registro de Títulos Profesionales y Ocupaciones del Área de la Salud	2.0
Formatos	F011-P01-GT	Formulario de Inscripción Sanitaria para Establecimientos de Expendio y/o Almacenamiento de Carne y Productos Cárnicos Comestibles	3.0
Formatos	F012-P01-GT	Inscripción para Comercializadores de Leche Cruda para Consumo Humano Directo	2.0
Formatos	F016-P01-GT	Solicitud de Refrendación de Carné de Asistente Técnico o Aplicador de Empresas Aplicadora de Plaguicidas	2.0
Formatos	F017-P01-GT	Certificado de Cumplimiento de Servicio Social Obligatorio	2.0
Formatos	F018-P01-GT	Estimación de necesidades de medicamentos	2.0
Formatos	F019-P01-GT	Acta de recepción de medicamentos	2.0
Formatos	F020-P01-GT	Autorización de dispensación de medicamentos e insumos de interés en salud pública	2.0
Formatos	F021-P01-GT	Registro Control de Temperatura de cadena de frío	2.0
Formatos	F022-P01-GT	Acta de inventarios	2.0

Formatos	F023-P01-GT	Registro de Control de Factores Ambientales	2.0
Formatos	F024-P01-GT	Registro Control Fechas de Vencimiento	2.0
Formatos	F025-P01-GT	Registro Entregas realizadas por la Transportadora	2.0
Formatos	F026-P01-GT	Certificación Sanitaria Municipal- Calidad del Agua para Consumo Humano	2.0
Formatos	F028-P01-GT	Concepto Sanitario de Funcionamiento Empresa Aplicadora de Plaguicidas	2.0
Formatos	F029-P01-GT	Cronograma de seguimiento y actualización de trámites V02	1.0
Formatos	F030-P01-GT	Plan de Acción Racionalización de Trámites	1.0
Formatos	F031-P01-GT	Solicitud de Licencias en Salud Ocupacional Personas Naturales	1.0
Formatos	F032-P01-GT	Solicitud de Licencias en Salud Ocupacional Personas Juridicas	1.0
Formatos	F033-P01-GT	Lista de Chequeo para Solicitud de Certificado de Cumplimiento del Servicio Social Obligatorio	1.0
Formatos	F034-GT-P01	Lista de Chequeo para Solicitud del Certificado de Exoneración del Servicio Social Obligatorio	1.0
Formatos	F035-P01-GT	Solicitud de Licencia de Prestación de Servicios de Protección Radiológica y Control de Calidad	1.0
Formatos	F036-P01-GT	Reporte de solicitudes de trámites de cara a la ciudadanía	1.0
Formatos	F037-P01-GT	Constancia de Trámite de Registros Profesionales	1.0
Formatos	F038-P01-GT	Solicitud de Licencia de Prácticas Industriales Veterinarias o de Investigación V01	1.0
Formatos	F039-P01-GT	Lista de Chequeo Inscripción de Transporte Especial de Pacientes	1.0
Formatos Externos		Formulario de inscripción sanitaria para sujetos o establecimientos con actividades de almacenamiento, expendio, preparación y consumo de alimentos y bebidas	2.0
Formatos Externos		Formulario de inscripción sanitaria para vehículos transportadores de alimentos y bebidas	2.0
Formatos Externos		Registro de Temperatura Digital Refrigerador	1.0
Formatos Externos		Registro Diario Digital Vacunacion	1.0
Formatos Externos	5	Formato Evaluación de Solicitud para Licenciamiento de Prácticas Industriales, Veterinarias o de Investigación	1.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Identificar los tramites	Administrador de tramites Lideres de proceso Comité Anti trámites y de Gobierno en Línea	<p>Esta fase consiste inicialmente en realizar el inventario de los trámites y servicios de la entidad, levantar y revisar la información detallada de los trámites y servicios existentes en la entidad, para su inscripción en el Sistema Único de Información de Trámites, SUIT, el cual opera a través del Portal del Estado Colombiano www.gobiernoenlinea.gov.co.</p> <p>El administrador de tramites en conjunto con el responsable del tramite define el propósito y fundamento legal del tramite que se requiere publicar, para ser presentado al Comité Anti trámites y de Gobierno en Línea, quien determina la pertinencia del registro en el portal del SUIT.</p>	Inventario de tramites Acta de comité
3. Registrar el tramite en el modulo inventario portal SUIT	Administrador de tramites	El Administrador de Trámites y Servicios de la DTSC registra en el portal del SUIT, la información para proponer el tramite y envía al Departamento Administrativo de la Función Pública, para su revisión, análisis y aprobación.	Correo electrónico de reporte del estado del trámite.
4. Aprueban el registro?		En el caso de encontrarse inconsistencias el asesor del DAFP lo devuelve al Administrador de la entidad para corregir y complementar la información.	
5. Realizar ajustes o descartar el tramite	Administrador de tramites Lideres de proceso	De acuerdo con las observaciones dadas por el DAFP, se realizan los ajustes o se descarta la publicación del tramite.	Correo electrónico de reporte del estado del trámite.
6. Registrar el tramite en el modulo del formato integrado	Administrador de tramites Lideres de proceso	<p>La información se diligencia en el portal del SUIT, de acuerdo con los pasos o componentes del Formato Integrado - FI , que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Paso 1: Descripción * Paso 2 : Fundamento Legal * Paso 3 : Información ejecución * Paso 4 : Dirigido a * Paso 5 : Clasificación temática * Paso 6 : Qué se necesita? * Paso 7 : Medio de seguimiento <p>Una vez registrada la información se envía para revisión por parte del DAFP, quienes solicitan ajustes si se requieren, previo a la aprobación de la publicación en el portal de Gobierno en Línea.</p>	Correo electrónico de reporte del estado del trámite.
7. Aprobar y publicar el tramite	Asesor DAFP	El DAFP aprueba el tramite, para ser publicado en el portal de Gobierno en Línea- www.gobiernoenlinea.gov.co . Aunque en el SUIT el tramite aparezca en estado Inscrito (aprobado), la publicación en el portal de Gobierno en Línea puede tardar entre 1 y 3 días hábiles.	Correo electrónico de reporte del estado del trámite.
8. Seguimiento y actualización de tramites	Administrador de tramites. Lideres de proceso Asesor jurídico	<p>El administrador de tramites realiza seguimiento mínimo una vez al año en conjunto con los responsable de cada tramite y la subdirección jurídica, para determinar si requieren hacer ajustes e iniciar con el registro de las actualizaciones en el portal del SUIT.</p> <p>Adicionalmente el responsable del tramite podrá solicitar al administrador de tramites de la entidad, las actualizaciones que surjan tanto por cambios normativos o por estrategias definidas para la racionalización de dicho tramite.</p>	Acta de reunión Solicitudes de actualización de tramite Programación de actualización de trámites
9. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas	
	Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD	
	Procedimiento: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.	
	Código	P05- GQ
	Fecha	2021-12-13
	Versión	5.0

Objetivo

Realizar la medición para evaluar el grado de satisfacción del cliente, respecto a los servicios prestados por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, en términos de calidad, pertinencia y oportunidad

Responsable

Líderes de proceso, Este procedimiento debe ser aplicado por todos los responsables de procesos de la Dirección Territorial de Caldas.

Alcance

Inicia con la definición o calculo de la muestra para la aplicación de la encuesta de satisfacción del cliente y finaliza con la implementación de acciones basados en los resultados de la medición.

Generalidades

1. la medición de la satisfacción de los clientes, busca conocer el nivel de satisfacción de estos con los servicios prestados por la DTSC.

Para la aplicación de este procedimiento es necesario tener en cuenta los siguientes términos:

. Servicio: Un servicio es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor y el cliente y generalmente es intangible. La prestación de un servicio puede implicar, la entrega de un producto intangible (por ejemplo, la prestación de un servicio de asesoría o capacitación).

. Satisfacción del cliente: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos

. Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Generalmente implícita significa que es habitual o una práctica común para la organización, sus clientes y otras partes interesadas que la necesidad o expectativa bajo consideración esté implícita.

Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto, requisito para la prestación de un servicio, requisito del cliente.

2. Requisitos Básicos Mínimos:

. Para la ejecución de este procedimiento se requiere de la participación de usuarios, clientes internos y externos, que faciliten el suministro de la información.

. Los instrumentos de información pueden ser manuales o virtuales.

. Las encuestas se aplican de manera personal o telefónica de acuerdo con las características del servicio prestado.

3. La medición de la satisfacción del usuario se realizará a los diferentes servicios de la DTSC, exceptuando la IVC, puesto que por la naturaleza de las actividades que se desarrollan, se puede ver sesgada la percepción del usuario.

4. El cálculo de de la muestra para medición de la satisfacción se definirá de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Instructivo Cálculo de Muestra para la Medición de la Satisfacción del Usuario

5. Con el fin de cuantificar la atención del usuario realizada por línea de frente, se realizará el registro de las orientaciones dadas al usuario, a través del módulo de intermediaciones y orientación al usuario establecido en el software del SGC.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos	I01-P05-GQ	Instructivo Cálculo de Muestra para la Medición de la Satisfacción del Usuario	1.0
Formatos	F001-P05-GQ	Evaluación de la satisfacción con la capacitación	2.0
Formatos	F002-P05-GQ	Evaluación de la satisfacción con la Asesoría	3.0
Formatos	F003-P05-GQ	Encuesta satisfacción del usuario frente a los tramites y servicios de la DTSC	3.0
Formatos	F004-P05-GQ	Evaluación de la satisfacción del usuario, con el servicio de salud recibido	2.0

Formatos	F005-P05-GQ	Encuesta de satisfacción con los servicios prestados por el LSP	4.0
Formatos	F006-P05-GQ	Evaluación de la Satisfacción Actividades de IVC	1.0
Formatos	F007-P05-GQ	Evaluación de la satisfacción con los Servicios Prestados por el Laboratorio de Salud Publica- Clientes internos	1.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Medir la satisfacción del cliente	Líderes de proceso- Equipo de calidad	<p>El área de calidad de acuerdo con los parámetros establecidos en el instructivo de Cálculo de Muestra para la Medición de la Satisfacción del Usuario, recepciona por parte de los responsables los primeros 5 días del mes siguiente las encuestas o la relación de los usuarios beneficiarios de los servicios que presta la entidad según el caso y calcula la muestra para la aplicación de las encuestas.</p> <p>La aplicación de la encuesta se realiza utilizando los formatos establecidos de manera personal o telefónica según las condiciones en que se preste el servicio.</p>	<p>1. Evaluación de la satisfacción con la capacitación F001-P05-GQ</p> <p>2. Evaluación de la satisfacción con la asesoría F002-P05-GQ</p> <p>3. Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención brinda en la DTSC F003-P05-GQ</p> <p>4. Evaluación de la satisfacción de los usuarios con el servicio de salud recibido F004-P05-GQ</p> <p>5. Encuesta de satisfacción con los servicios prestados por el LSP. F005-P05-GQ</p>
3. Consolidar las encuestas de satisfacción	Equipo de calidad	Trimestral el área de Calidad realiza la tabulación y consolidación de la información. Esta información es publicada o socializada a quien corresponda para su análisis e intervención los primeros 8 días del mes siguiente.	Consolidado de encuestas de satisfacción
4. Analizar la Información y Tomar Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora	Líderes de proceso- Referentes de programa	<p>Los líderes de los procesos evaluados, deben analizar la información y en aquellos aspectos que no cumplen con las expectativas del cliente, establecer las acciones correctivas que correspondan, dichas acciones deben ser enviadas a Calidad posterior seguimiento.</p> <p>Los resultados de las encuestas son analizados por el Comité de Calidad con el fin de detectar mejoras y establecerlas en las subdirecciones involucradas.</p> <p>Finalmente se socializa en reunión de revisión por la dirección los resultados de las encuestas aplicadas y el cumplimiento de las acciones tomadas para mejorar la satisfacción del cliente.</p>	Acciones Correctivas
5. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P04-GQ
	Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD		Fecha	2021-08-27
	Procedimiento: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.		Versión	3.0

Objetivo

Establecer las actividades para realizar la revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y demás normas técnicas que lo integren, de manera que mediante el análisis del desempeño del sistema, pueda determinarse su conveniencia, adecuación, eficiencia, eficacia, efectividad, la conformidad del mismo con los requisitos establecidos y las oportunidades de mejora de la institución

Responsable

Director General, * Subdirectores de Aseguramiento, Administrativa y Financiera, Prestación de Servicios, Salud Pública y Jurídica * Profesional Especializado de Planeación. * Control Interno * Representante de la Dirección. . Gestor y Líderes de Calidad

Alcance

El presente procedimiento aplica para la revisión del Sistema de Gestión de Calidad, así como de las demás normas que lo integran y comprende desde el análisis y verificación de los criterios e información para la revisión, hasta la evaluación y seguimiento de las compromisos y acciones surgidas de la revisión, incluyendo los registros correspondientes.

Generalidades

1. La Revisión por la Dirección consiste en el análisis de los resultados aportados por el sistema de gestión y en la toma de decisiones para actuar y promover la mejora continua del sistema y de la propia organización.
2. Las revisiones están planificadas y se realizarán por lo menos una vez al año.
3. En la revisión por la dirección se analiza el cumplimiento de las directrices establecidas en la política de calidad de la DTSC, así como el cumplimiento de los objetivos de calidad. Así, como la revisión y análisis del cumplimiento de políticas específicas determinadas en las normas que integran el Sistema de Gestión de la entidad.
4. El informe de revisión por la dirección deberá incluir cada una de las entradas definidas en las normas que integran el Sistema de Gestión. Se podrá realizar una revisión por la dirección específica por norma o integral donde se incluyan todas las entradas establecidas en las normas sujetas a revisar.
5. Los resultados de la revisión por la Dirección incluyen todas las decisiones y acciones relacionadas con:
 - o La mejora de la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión.
 - o La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.
6. La Revisión por la Dirección, a nivel general del Sistema de Gestión se realizara con los integrantes del Comité Técnico, teniendo en cuenta que esta es la instancia formal que reúne al nivel directivo, sin embargo esta revisión no se considera una sesión ordinaria del Comité de Técnico, por lo tanto la numeración de las actas no es secuencial. Para el caso de la revisión por la dirección en la norma ISO/IEC 17025, esta se podrá desarrollar en sesión de trabajo con la participación de la Subdirección de Salud pública y/o su delegado, el equipo de calidad y los líderes técnicos de las áreas del laboratorio.
7. Es responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad tener todos los informes requeridos para la realización de la revisión del Sistema de Gestión de Calidad.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL	M-SGC	Manual de Calidad	5.0
Instructivos	I001-P04-GQ	Instructivo para el Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores	2.0
Formatos	F002-P04-GQ	Plan de Trabajo para el Mantenimiento del SGC	1.0
Formatos	F003-P04-GQ	Informe de Revisión por la Dirección- Laboratorio de Salud Pública	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio	No Aplica		No Aplica
2. Convocar a Reunión para Revisión por la Dirección.	Director General -Directivo delegado	<p>El Director general convoca como mínimo una vez al año a una reunión para realizar la revisión del Sistema de Gestión de la entidad teniendo en cuenta los requisitos establecidos en las normas que integran el sistema.</p> <p>Para el caso de requerirse revisión por la dirección de una norma específica le corresponderá convocar al directivo y /o delegado del área donde se lidere la implementación.</p>	Correo Electrónico
3. Recopilación de información y elaboración de informe	Equipo oficina asesora de planeación y calidad.	<p>El Jefe de la oficina asesora de Planeación y Calidad en representación del nivel directivo, en conjunto con el equipo de calidad, recopila y consolida la información que muestra el desempeño del Sistema de Gestión teniendo en cuenta cada una de las entradas definidas en las normas que integran el Sistema, así como las necesidades o propuestas de mejora.</p> <p>Para el caso en que no se cuente con la totalidad de las entradas a tener en cuenta en la revisión, esto se especificará en el informe, quedando consignada en el acta de revisión la fecha para efectuar revisión a la información que queda pendiente.</p> <p>Para la revisión de la dirección del sistema de gestión de ISO/IEC 17025, debe quedar en el informe registro de la información presentada de todas las entradas establecidas en num. 8.9.2 ISO/IEC 17025:2017. Igualmente debe quedar registradas las salidas, las acciones y decisiones relacionadas mínimo con: la eficacia del sistema de gestión, la mejora de las actividades del laboratorio respecto del cumplimiento de requisitos, la provisión de recursos y cualquier necesidad de cambio.</p>	Informe Revisión por la Dirección
4. Análisis de resultados de la revisión.	Comité Técnico	Los responsables de realizar la revisión revisa el informe presentado y analiza la conveniencia, adecuación, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión y tomando las acciones de mejora necesarias para garantizar la mejora continua del mismo. De ésta reunión se emite un Acta de reunión de Revisión por la Dirección, dejando claridad de las conclusiones de la revisión y que compromisos requieren la documentación de acción de mejora.	Acta de reunión de revisión por la dirección
5. Seguimiento al cumplimiento de acciones de mejora y compromisos	Equipo oficina asesora de planeación y calidad-Representante de la Dirección.	De acuerdo con los compromisos identificados, se realiza la documentación de las acciones según el caso y se hace seguimiento a la implementación y eficacia, y a los compromisos adquiridos resultantes de la misma, en la siguiente revisión por la dirección.	Acciones, Seguimiento a Compromisos
6. Fin	No Aplica		No Aplica



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: SERVICIO, SALIDA O TRABAJO NO CONFORME.

Copia no controlada

	<p>Dirección Territorial de Salud de Caldas</p> <p>Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD</p> <p>Procedimiento: SERVICIO, SALIDA O TRABAJO NO CONFORME.</p>	<table><tr><td>Código</td><td>P03-GQ</td></tr><tr><td>Fecha</td><td>2021-10-20</td></tr><tr><td>Versión</td><td>5.0</td></tr></table>	Código	P03-GQ	Fecha	2021-10-20	Versión	5.0
Código	P03-GQ							
Fecha	2021-10-20							
Versión	5.0							

Objetivo

Identificar, registrar, analizar y dar tratamiento al Servicio, salidas o trabajo no conforme, detectado en el desarrollo de los procesos misionales (Asistencia Técnica, Gestión de Inspección, Vigilancia y Control y Gestión para la prestación de servicios de salud) definidos en el mapa de procesos de la entidad, de manera que se asegure el cumplimiento de las características/requisitos de calidad, establecidos para los servicios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Responsable

* Líderes de Procesos Misionales * Referentes de programa * Líderes de Calidad

Alcance

Este procedimiento aplica para los procesos misionales: Asistencia Técnica, Gestión de Inspección, Vigilancia y Control y Gestión para la prestación de servicios de salud, desde la Identificación de los aspectos que afectan la calidad del servicio hasta su tratamiento (acciones), control y seguimiento.

Generalidades

1. Para la aplicación de este procedimiento, se deben tener en cuenta las siguientes definiciones:

- Servicio o Salida No Conforme (SNC): Servicio prestado por la entidad a sus clientes - Usuarios, cuyo resultado no cumple con las disposiciones planificadas y/o con las características/requisitos, previamente establecidos para el servicio.
- Trabajo no conforme: Incumplimiento de los procedimientos establecidos por el laboratorio o de los requisitos acordados con el cliente en relación a la actividad o procesos analíticos así como en el informe de resultados.

2. Fuentes de identificación del servicio no conforme:

Las fuentes para identificar el Servicio No Conforme (SNC) antes, durante o después de la provisión de los servicios pueden ser: ejecución, seguimiento y medición a procesos, medición de la satisfacción del cliente y PQRS. Las fuentes de identificación para cada servicios, salida o trabajo no conforme están contempladas en los anexos de matriz de servicio, salidas o trabajo no conforme.

3. Tipos de Tratamiento:

- a. Corrección: Acción tomada para arreglar o corregir la situación puntual o concreta, que genere el servicio, salidas o trabajo no conforme..
- b. Permiso de Desviación: autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un servicio, salidas o trabajo no conforme, antes de su realización.
- c. Concesión: autorización para utilizar o liberar un servicio, salida o trabajo no conforme con los requisitos especificados.

NOTA: Independientemente del tratamiento seleccionado se debe brindar información al cliente según las condiciones del servicio (telefónico, presencial o escrito)

Para el trabajo no conforme identificado en el laboratorio se contemplarán adicionalmente los siguientes tipos de tratamiento:

- Detención: Es la interrupción de una actividad, ensayo o prueba realizada en el laboratorio y que puede afectar la validez de un resultado, a fin de analizar las causas y tomar acciones.
- Repetición de trabajo: Consiste en volver a realizar una actividad del laboratorio que se había realizado y que puede afectar la validez de un resultado.
- Retención de informe: Impedir que un resultado de ensayo y/o informe de resultados salga sin verificación de que la

información suministrada en él sea correcta.

- Ensayo/prueba: Operación técnica que consiste en la determinación de una o más características de acuerdo a un procedimiento especificado.

4. Tipos acciones derivadas del tratamiento

- Reproceso: acción tomada sobre un servicio, salida o trabajo no conforme para que cumpla con los requisitos
- Reparación: acción tomada sobre un servicio, salida o trabajo no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista, al contrario que el reproceso, la reparación puede afectar o cambiar partes de un servicio, salida o trabajo no conforme.
- Desecho: acción tomada sobre un servicio, salida o trabajo no conforme, para impedir su uso inicialmente previsto.

5. El registro del servicio, salida o trabajo no conforme, se realiza en el módulo de servicio no conforme partiendo de la identificación, tratamiento y definición de acciones de tratamiento.

6. Se debe realizar un análisis de la importancia del servicio, salida o trabajo no conforme, la cual se determina evaluando el impacto que genera sobre el servicio prestado y/o resultados previos, de acuerdo con la siguiente escala de calificación:

IMPACTO IMPORTANCIA

Insignificante 1

Menor 3

Moderado 9

Mayor 27

Catastrófico 81

Nota: para la calificación del impacto tener en cuenta los lineamientos establecidos en la metodología de administración de riesgos definida por el DAFP.

Si el nivel de importancia es mayor a 9 se realiza la corrección, el análisis de causas y se establecen las acciones correctivas para la eliminar la causa del servicio, salida o trabajo no conforme, de acuerdo con el procedimiento de acciones correctivas y de mejora.

Si el nivel de importancia es menor o igual 9 se define la corrección inmediata.

Para el laboratorio de Salud Pública se debe analizar el impacto sobre los resultados previos y determinar el nivel de riesgo evaluando el impacto y la probabilidad.

En el caso de que el nivel de riesgo se encuentre en nivel de riesgo alto o extremo se debe dar tratamiento al riesgo actualizando la matriz de riesgo del proceso.

7. Adicionalmente se toma la decisión sobre la aceptabilidad de los servicio, salida o trabajo no conforme, registrando el análisis de la justificación de la decisión tomada.

8. De acuerdo con el tratamiento dado se debe registrar si se requiere notificar o no al cliente.

9. En el caso del laboratorio se debe registra si el trabajo no conforme requerir o no la anulación.

10. Se debe definir la persona responsable de autorizar la reanudación del servicio, salida o trabajo no conforme.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Anexo		Anexo 1. Matriz Servicio No conforme Versión 03	3.0
Anexo	Anexo No. 2.	Matriz de Trabajos no Conforme en el Laboratorio de Salud Pública	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Identificar y Registrar el servicio, salida o trabajo no conforme.	Personal que desarrollan los procesos	El personal que desarrolla los procesos identifican los aspectos que no cumplan con los procedimientos establecidos o los requisitos del cliente. Posteriormente se registra en el módulo de servicio no conforme.	Servicios no conforme registrados en el módulo Servicio no Conforme
3. Tratar el servicio, salida o trabajo no conforme.	Personal que identifica el servicio no conforme- Líderes de proceso-Equipo de Calidad	La persona que identifica el servicio salida o trabajo no conforme, junto con el equipo de trabajo y el líder de proceso, realizan el análisis apoyándose en la matriz de servicio, salida y trabajo no conforme que establece las actividades para tratar esa desviación. En caso de que alguna desviación no este registrada en la matriz se solicita al equipo de calidad la actualización de la misma. El registro se realiza en el modulo de servicio no conforme donde se determina el tipo de tratamiento, el tipo de acción de tratamiento a seguir, el impacto, la importación y demás criterios solicitados en el análisis. De acuerdo con el nivel de importancia determinado se establece si el servicio, salida o trabajo o conforme identificado, se trata con una corrección o si requiere acción correctiva, la cual debe registrarse el módulo de acciones correctivas y de mejora.	Servicios, salidas y trabajos no conforme registrados en el módulo de Servicio no Conforme con su tratamiento. Acciones correctivas cuando se requiera
4. Seguimiento a acciones	Líderes de Calidad	Se realiza seguimiento a las acciones tomadas, según los tiempos establecidos, para determinar si las correcciones o acciones cumplieron con el tratamiento del servicio no conforme, soportando la respectiva ejecución del tratamiento, así como analizar la eficacia de las acciones según el caso.	Servicios no conforme registrados en el módulo de Servicio no Conforme con seguimiento. Módulo de acciones correctivas y de mejora cuando se requiera.
5. Cierre del servicio, salida o trabajo no conforme.	Líderes de Calidad por Subdirección	Si la acción tomada fue eficaz, se procede a realizar el cierre de la acción y por ende del servicio no conforme.	Servicios no conforme registrados en el módulo de Servicio no Conforme con seguimiento y cerrados
6. Consolidación y análisis del servicio, salida o trabajo no conforme.		De acuerdo con los servicios no conformes identificados, se realiza el consolidado por trimestre, para ser presentado y analizado con la alta dirección.	Consolidados de informe
7. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	Código	GCC
		Fecha	2019-09-17
		Versión	2.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Comunicar la información institucional a través de la producción y divulgación de productos comunicacionales, dirigidos a los públicos internos y externos, con el fin de mantenerlos informados, promover los servicios de la DTSC y posicionar la imagen corporativa.

Responsable

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Alcance

Inicia desde la identificación de la información a publicar por parte de la DTSC hasta la evaluación de la percepción de los medios de comunicación internos y externos.

Indicadores
- ID01-CC. Oportunidad en la respuesta a las solicitudes de la oficina de prensa y comunicaciones

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Anexo		Anexo 1. Matriz de Comunicación Interna y Externa	1.0
Ley		Constitución Política de la República de Colombia	1.0
Ley		LEY 1712 DE 2014	1.0
Decreto		DECRETO 2573 DE 2014	1.0

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de apoyo y de Evaluación de la entidad	1) Temas de interés e información que permitan generar contenidos relevantes y de impacto de la Entidad. Solicitudes de Información a Difundir	(P) IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN A DIFUNDIR <i>Responsables: Equipo de Comunicaciones</i>	1) Información a Difundir por medio de los canales comunicacionales establecidos.	1) Gestión de la Comunicación con el Cliente
1) Gestión de la Comunicación con el Cliente	1) Información del cliente donde se especifica el requerimiento.	(P) ANALIZAR Y PRIORIZAR LA INFORMACIÓN <i>Responsables: Equipo de Comunicaciones</i>	1) Información priorizada, tipo de medio comunicacional a utilizar y población objetivo.	1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de apoyo y de Evaluación de la entidad
1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de apoyo y de Evaluación de la entidad	1) Información priorizada, medios y clientes definidos. Material informativo en diferentes formatos. Normatividad legal vigente para el área de Comunicaciones.	(H) DESARROLLAR PRODUCTO COMUNICACIONAL <i>Responsables: Equipo de Comunicaciones</i>	1) Productos comunicacionales en diferentes formatos, según los requerimientos del cliente.	1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de apoyo y de Evaluación de la entidad
1) Gestión de la Comunicación con el Cliente	1) Producto comunicacional Bases de datos de población objetivo	(H) DIFUNDIR INFORMACIÓN <i>Responsables: Equipo de Comunicaciones</i>	1) Entrevistas, Publicaciones en pagina web Carteleros Institucionales Correos Electrónicos Mensajes masivos Boletines internos y de Prensa Videos Piezas digitales Publicaciones en redes sociales	1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de apoyo y de Evaluación de la entidad
1) Procesos misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación	1) Encuestas de Percepción frente a los canales de comunicación Procesos misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación Encuestas de satisfacción de Clientes internos y externos. Percepción frente a los canales de comunicación internos y externo Actas Comité Técnico PQRS de la Ciudadanía Actividades de rendición de cuentas	(V) EVALUAR EFECTIVIDAD DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN <i>Responsables: Equipo de Comunicaciones</i>	1) Resultados de la evaluación de medios de comunicación interna y externa.	1) Procesos Estratégicos de la Entidad

1) Proceso de Gestión de Comunicación con el Cliente.	<p>1) Herramientas de Seguimiento al proceso (Indicadores, Encuestas, Informes).</p> <p>Informes de evaluación de proceso</p> <p>Ejecución de Planes, programas y proyectos asociados al proceso de comunicaciones</p>	<p>(V) EVALUAR LA GESTIÓN DEL PROCESO</p> <p>Responsables: Equipo de Comunicaciones</p>	<p>1) Análisis de Encuestas</p> <p>Análisis de Indicadores</p> <p>Matriz de Riesgos de la Entidad</p>	<p>1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Evaluación</p>
1) Proceso Gestión de Evaluación y Control	<p>1) Resultados del seguimiento y evaluación a los Procesos</p> <p>Informe de auditorías internas y externas, Informe de Gestión</p>	<p>(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</p> <p>Responsables: Equipo de Comunicaciones</p>	<p>1) Impactos mitigados</p> <p>Riesgos mitigados</p> <p>Controles implementados</p> <p>Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces</p>	<p>1) Proceso Gestión de Evaluación y Control</p>

Copia no controlada

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GCC	COMUNICACIONES INSTITUCIONALES

Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: COMUNICACIONES
INSTITUCIONALES

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GCC
	Proceso: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE		Fecha	2015-09-25
	Procedimiento: COMUNICACIONES INSTITUCIONALES		Versión	3.0

Objetivo

Coordinar y desarrollar campañas de comunicación, espacios y mecanismos de difusión de la información institucional a los públicos internos y externos de la entidad, hacia la preservación y unidad de la identidad corporativa y el posicionamiento de la imagen institucional.

Responsable

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones, Director General, Subdirectores, Líderes de Proceso y Equipo de Comunicaciones

Alcance

Inicia desde la identificación de la información a publicar por parte de la DTSC hasta la evaluación de la percepción de los medios de comunicación internos y externos.

Generalidades

1. Las solicitudes de difusión de información se reciben diariamente por medio del módulo de Solicitudes de prensa y comunicaciones del SGI.
2. Las solicitudes realizadas a la oficina de Prensa y Comunicaciones se asignaran a los diferentes profesionales del área, dentro de las 24 horas posteriores a su recepción por medio del módulo y dependiendo del tipo de requerimiento se dara respuesta según los tiempos establecidos en los diferentes instructivos. (Ver instructivos de Comunicación Interna y Externa).
3. Semanalmente en reunión del equipo de redacción se analiza el tipo de boletín a realizar (Interno o de Prensa) según las necesidades de difusión de información que tenga la entidad. (Definir nivel de importancia y clasificar para la difusión).
4. Según el mecanismo de difusión (rueda de prensa, boletín de prensa, redes sociales, capsula informativa, boletín interno, programa radial, cartelera institucional), se tiene asignado un responsable o líder editor.
5. Quincenalmente se publica la Agenda de Actividades Institucionales en la Pagina Web. En ella se dan a conocer las actividades a realizar por parte de las diferentes subdirecciones.
6. Las encuestas de percepción de comunicación tanto interna como externa, se aplican, tabulan y analizan semestralmente. La muestra tomada, tanto para comunicaciones internas como externas, es del 20%

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos	I01-P01-GCC	Instructivo Comunicación Interna	3.0
Instructivos	I02-P01-GCC	Instructivo Comunicación Externa	5.0
Plantillas		Plantilla para Presentaciones DTSC- Opción dos	1.0
Plantillas		Plantilla para Presentaciones DTSC- opción uno	2.0
Formatos	F002-P01-GCC	Percepción frente a los canales de comunicación internos	4.0
Formatos	F003-P01-GCC	Percepción frente a los canales de comunicación externos	4.0
Formatos	F004-P01-GCC	Autorización de entrevistas a medios de comunicación	2.0
Formatos	F005-P01-GCC	Monitoreo a medios de comunicación	2.0
Formatos	F006-P02-GCC	Autorización para el Uso de Fotografías y/o Material Audiovisual	1.0
Anexo		Anexo 1. Matriz de Comunicación Interna y Externa	1.0
Anexo		Anexo 2. Explicación de identidad corporativa	1.0
Guía	G001-P01-GCC	Guía para la Calidad y la Cordialidad en la Atención	1.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. INICIO			
2. Identificación de la información a difundir y/o publicar	Subdirectores, líderes de proceso y equipo de comunicaciones	Cada equipo de trabajo identifica la información que se requiere difundir, y realiza la solicitud a la oficina de comunicaciones por medio del módulo de Solicitudes de prensa y comunicaciones del SGI. Esta información puede ser de carácter interno o externo, la cual se remite teniendo en cuenta los instructivos establecidos para cada tipo.	Solicitudes realizadas a la oficina de Prensa y comunicaciones
3. Análisis y priorización de la información a difundir	Equipo Comunicaciones	Según el tipo de información a difundir y/o publicar se establecen los canales a utilizar. Si la información es interna se utiliza el correo electrónico, boletín interno, intranet y cartelera institucional. Si la información es externa se utiliza el boletín de prensa, pagina web, o las redes sociales. La priorización de la información a difundir se realiza semanalmente a través del equipo de redacción.	Acta de reunión
4. Desarrollo del producto comunicacional solicitado	Equipo Comunicaciones	El equipo de comunicaciones de acuerdo con la priorización procede a elaborar el producto comunicacional teniendo en cuenta los criterios y tiempos definidos según su tipo. El producto es revisado por el líder editor asignado.	Producto comunicacional
5. Difusión de la información	Líder Editor	El líder editor se encarga de la publicación y difusión del producto de comunicación según su tipo.	Evidencia de la difusión del producto
6. Evaluación efectividad medios de comunicación	Equipo Comunicaciones	A través de encuesta se evalúa semestralmente la efectividad de los mecanismos utilizados para difundir los productos comunicacionales y establecer las mejoras que se requieran para fortalecer el proceso.	F002-P01-GCC Evaluación Medios de Comunicación Interna F003-P01-GCC Evaluación Medios de Comunicación Externa
7. FIN			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: ASISTENCIA TÉCNICA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: ASISTENCIA TÉCNICA	Código	AT
		Fecha	2019-09-17
		Versión	3.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
-------------	----------	-------	------------

Objetivo

Brindar información, acompañar e instruir en las políticas y normas competencia de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, , para mejorar la gestión de los diferentes actores, en el cumplimiento de los lineamientos y normatividad aplicable.

Responsable

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública

Alcance

El proceso inicia con la planeación de los servicios de asistencia técnica y/o la recepción de la solicitud de asesoría o capacitación y culmina con la evaluación de dicho servicio.

Archivos adjuntos

- Anexo 1. Matriz de Tipos de Asistencia Tecnica y su Caracteristicas V03.xlsx

Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> - ID01-AT. Cumplimiento del plan de asesorías - ID02-AT. Cumplimiento del plan de capacitaciones.

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Procesos Estratégicos y Procesos Misionales	1) Lineamientos Plan de Desarrollo Resultados de actividades de Inspección, Vigilancia y Control Cambios normativos del sector salud	(P, H, V) CAPACITACIÓN Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos, Equipo de Trabajo de Asistencia Técnica	1) Plan de Capacitación Capacitaciones y Asesorías ejecutadas Evaluaciones e Informes sobre la ejecución del servicio de asistencia técnica	1) Procesos Estratégicos, Procesos Misionales
1) Procesos Estratégicos Procesos Misionales	1) Lineamientos Plan de Desarrollo Resultados de actividades de Inspección, Vigilancia y Control Cambios normativos del sector salud Solicitudes realizadas por los diferentes procesos Solicitudes de asesoría y/o capacitación Informes de PQRS	(P, H, V) ASESORIA Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos, Equipo de Trabajo de Asistencia Técnica	1) Plan General de Asesoría Asesorías Evaluaciones e Informes sobre la ejecución del servicio de asistencia técnica	1) Procesos Estratégicos Procesos Misionales
1) Procesos Misionales Procesos Estratégicos	1) Matriz de servicio no conformes Quejas Encuestas de satisfacción	(H, V) IDENTIFICAR EL SERVICIO NO CONFORME Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Líderes de Calidad	1) Servicio no conforme con tratamiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora	1) Procesos Misionales Proceso de Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión de la Calidad
1) Procesos Misionales Planeación Estratégica Gestión para la Evaluación y Control Gestión de Calidad	1) Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos Informes de Gestión Informes de Auditoría (Hallazgos) Herramientas de Seguimiento al proceso (Encuestas, indicadores)	(V) EVALUAR LA GESTIÓN DEL PROCESO Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos	1) Informe de seguimiento y monitoreo de riesgos. Análisis de Indicadores Análisis de Encuestas de Satisfacción. Informes de seguimiento	1) Planeación Estratégica Gestión de Calidad Procesos Misionales
1) Procesos Misionales Proceso Gestión para la Evaluación y Control Gestión de la Calidad	1) No Conformidades Tratamiento de servicio no conforme Resultados de Análisis de Riesgos Resultados de Análisis de Indicadores Resultados de auditorías Resultados de Encuestas de satisfacción	(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos	1) Impactos mitigados Riesgos mitigados Controles implementados Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces	1) Procesos Misionales Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Gestión de la Calidad

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-AT	CAPACITACIÓN
P02-AT	ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: CAPACITACIÓN

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas	
	Proceso: ASISTENCIA TÉCNICA	
	Procedimiento: CAPACITACIÓN	
	Código	P01-AT
	Fecha	2021-10-20
	Versión	7.0

Objetivo

Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de las competencias de los diferentes actores del sistema de salud en el departamento de Caldas, a través de la transferencia de conocimientos y la actualización normativa en el sector salud

Responsable

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos Equipo de capacitadores

Alcance

Inicia con la recepción del plan de capacitación del sector, actualización de lineamientos de los diferentes programas y las solicitudes del sector. Termina con la evaluación de la capacitación.

Generalidades

1. Se considera capacitación toda actividad dirigida a los diferentes grupos de valor de la entidad, orientada a la transferencia de conocimiento de manera general en temáticas relacionadas con el sector salud y de acuerdo con las competencias otorgadas por la norma vigente.
2. El equipo de capacitadores está conformado por personal de las diferentes áreas de la entidad.
3. El capacitador debe cumplir con el perfil y las competencias requeridas para la capacitación.
4. El capacitador debe disponer del tiempo suficiente para garantizar la calidad de la capacitación.
5. La capacitación se puede generar por las siguientes fuentes:
 - Por identificación de la necesidad desde la DTSC: Esta identificación se genera en las diferentes líneas o grupos de trabajo, para fortalecer el cumplimiento requisitos legales o técnicos por parte de los diferentes actores.
 - Por solicitud del cliente o usuario: Cuando el usuario solicita de manera formal a través de oficio, o correo o página web que se le brinde la capacitación.
 - Por demanda diaria: Es decir cuando el cliente se dirige a las instalaciones de la entidad y solicita la capacitación.
6. La planeación de las asistencias técnicas por necesidad identificada se realizará de manera anual a más tardar el 30 de enero de cada vigencia, a través del aplicativo del SIG, en concordancia con las metas definidas en el plan de acción. Adicionalmente a esta programación se podrán realizar ajustes internos a dicha programación con frecuencia mensual, el cual se efectuará en los últimos 7 días del mes, según la programación de las actividades del mes siguiente. Para la programación de las actividades se deberá tener en cuenta lo programado por los diferentes equipos de trabajo, con el fin de realizar un trabajo articulado y lograr una optimización de recursos.
7. Las presentaciones deben ser cargadas al Banco de herramientas, una sola vez o cuando se requieran actualizaciones a las mismas. Dicho cargue debe hacerse por medio del aplicativo SGI y debe ser previo al proceso de capacitación.
8. La convocatoria para la ejecución de la capacitación está bajo la responsabilidad de los diferentes capacitadores.
9. A aquellos procesos de capacitación contratados con terceros, se les aplica la Evaluación de la Capacitación, la cual es insumo para la evaluación como proveedor. La evaluación la aplica una persona independiente al proveedor. Estas serán cargadas en la plataforma SIG con los soportes derivados del proceso de capacitación.
10. Sin excepción todo grupo objeto de capacitación debe ser evaluado, dicha evaluación es aplicada por el capacitador.
11. El consolidado de los resultados de la evaluación de la capacitación será enviado trimestralmente por el proceso de gestión de calidad a los líderes de proceso.
12. Trimestralmente el proceso de gestión de calidad toma una muestra del 10% de las evaluaciones aplicadas con el fin de validar los resultados.
13. La DTSC transfiere en las capacitaciones las directrices dadas por el Ministerio de salud y protección, Supersalud y demás entidades que rigen el sector.
14. Se considera capacitación cuando su duración sea mayor o igual que 4 horas, menor a 4 horas se considera charla

informativa por lo tanto no requiere evaluación.

15. Solo se podrán emitir certificaciones cuando la norma faculte a la entidad para ello. Para los casos en que las personas requieran soporte de la asistencia a dicha actividad, se emitirá una constancia de asistencia de acuerdo con la plantilla establecida en el SGC.

16. Las solicitudes de capacitación se tramitarán a más tardar a los 30 días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de recepción bien sea por ventanilla única, formulario web o correo electrónico.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F003- P01 - AT	Plantilla Acta de Compromiso	2.0
Formatos	F004-P01-AT	Plantilla Constancia de Asistencia a Capacitaciones	4.0
Formatos	F005-P01-AT	Plantilla Evaluación de Conocimiento	1.0
Formatos	F006-P01-AT	Ficha Metodología de la Capacitación	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepción de solicitudes e Identificación de necesidades de Capacitación	Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos	<p>Las solicitudes de capacitación serán recibidas en las diferentes subdirecciones, en la ventanilla única de la entidad o página web, quedando registradas en la plataforma SIG. Adicionalmente se realiza con una frecuencia anual la identificación de necesidades teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos legales y técnicos que se requieran fortalecer en los diferentes actores del sector salud.</p> <p>Es de tener en cuenta que debido al tipo de servicios que presta la entidad, la cobertura en todo el departamento y el trabajo intersectorial, la identificación de necesidades y la misma planeación está en constante actualización, lo que generará la inclusión de nuevas temáticas de acuerdo con la dinámica que se presente en el sector.</p>	<p>Solicitud de Capacitación (Carta - correo electrónico - Página web)</p> <p>Registro de las solicitudes en la plataforma del SIG</p>
3. Planeación de capacitaciones y charlas informativas	Referentes temáticos, Equipos de trabajo	<p>Cada referente temático y su equipo de trabajo, realiza la programación de las capacitaciones y charlas informativas en el aplicativo establecido en la entidad, durante los últimos 7 días de cada mes, para el mes siguiente.</p> <p>Cuando se requiere realizar modificaciones a la planeación, se debe sustentar en el aplicativo el motivo de dicha reprogramación o cancelación.</p>	Programación de capacitación. (Aplicativo SGI)
4. Preparación y aprestamiento de la capacitación	Referentes temáticos Equipo de capacitadores	<p>El equipo de capacitadores por programa elabora según aplique la información y herramientas requeridas para desarrollar la capacitación.</p> <p>Todo material que se genere para efectuar capacitación debe contar con el visto bueno del profesional con el conocimiento técnico destinado para tal fin, quien debe verificar contenido, tiempos y herramientas.</p> <p>Dicho material debe ser cargado al Banco de herramientas, una sola vez o cuando se requieran actualizaciones al mismo. Dicho cargue debe hacerse por medio del aplicativo SGI y debe ser previo al proceso de capacitación</p> <p>El capacitador define las estrategias para difusión de la capacitación y cuando se requiera se apoyará en el equipo de comunicaciones. La difusión o convocatoria se efectuará como mínimo 8 días antes de la realización de la capacitación</p>	Presentaciones cargadas en el Banco de herramientas Soportes de difusión o convocatoria
5. Ejecución de la capacitación	Equipo de capacitadores.	<p>Se ejecuta la capacitación según lo establecido en la programación.</p> <p>Como soporte de la actividad, debe quedar el registro de asistencia y la ficha metodológica de la capacitación en el formato designado por la entidad.</p> <p>Para el caso de las actividades virtuales se contará con el pantallazo de la actividad donde aparezca el capacitador y la fecha de realización de la actividad.</p>	<p>F001-P05-GAF Registro de asistencia físico o electrónico</p> <p>F006-P01-AT Ficha Metodológica de la Capacitación</p> <p>Registro de la actividad en el aplicativo SIG</p> <p>Pantallazo de la actividad realizada en caso de ser virtual</p>

6. Evaluación de la capacitación	Equipo de capacitadores- Equipo de Calidad	El capacitador una vez finalizada la actividad aplica la encuesta de evaluación de la capacitación de acuerdo con lo establecido en el anexo 1 del Instructivo de Cálculo de Muestra para la Medición de la Satisfacción del Usuario (Ver Procedimiento P05-GQ Medición de la Satisfacción del Cliente). Las encuestas son escaneada junto con el registro de asistencia, en el modulo de programación de asistencia técnico dentro de los 5 días siguientes de su terminación, con el fin de que el proceso de gestión de calidad realice la tabulación y análisis.	F001- P05-GQ Evaluación de la satisfacción con la capacitación F001-P05-GAF Registro de asistencia
7. Fin			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-AT
	Proceso: ASISTENCIA TÉCNICA		Fecha	2021-10-20
	Procedimiento: ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO		Versión	8.0

Objetivo

Establecer los lineamientos para realizar acompañamiento o asesoría a los diferentes actores según las competencias otorgadas a la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Responsable

Líderes de proceso, Referentes temáticos - Responsable de la asesoría

Alcance

Inicia con la solicitud o identificación de la necesidad de acompañamiento o asesoría por los diferentes actores y termina con el cumplimiento del objetivo y la satisfacción del cliente.

Generalidades

1. La Asesoría se entiende como una actividad para asistir y orientar, mediante sugerencias, ilustración u opinión con conocimiento técnico; que permita el fortalecimiento de las capacidades de los actores del sector salud y demás organizaciones involucradas en la aplicación de las políticas públicas en salud.

2. El acompañamiento se concibe como el apoyo directo, orientado a la solución de dificultades, permitiendo la construcción mutua y el aprendizaje de los actores del sector salud y demás organizaciones involucradas en la aplicación de las políticas públicas en salud

3. La asesoría o el acompañamiento se puede generar por las siguientes fuentes:

- Por identificación de la necesidad desde la DTSC: Esta identificación se genera en los diferentes líneas o grupos de trabajo, para fortalecer el cumplimiento requisitos legales o técnicos por parte de los diferentes actores.
- Por solicitud del cliente o usuario: Cuando el usuario solicita de manera formal a través de oficio, o correo o página web que se le brinde la asesoría o el acompañamiento.
- Por demanda diaria: Es decir cuando el cliente se dirige a las instalaciones de la entidad y solicita la asesoría o el acompañamiento.

4. La planeación de las asistencias técnicas por necesidad identificada se realizará de manera anual a más tardar el 30 de enero de cada vigencia, a través del aplicativo del SIG, en concordancia con las metas definidas en el plan de acción. Adicionalmente a esta programación se podrán realizar ajustes internos a dicha programación con frecuencia mensual, el cual se efectuará en los últimos 7 días del mes, según la programación de las actividades del mes siguiente. Para la programación de las actividades se deberá tener en cuenta lo programado por los diferentes equipos de trabajo, con el fin de realizar un trabajo articulado y lograr una optimización de recursos.

5. Las asesorías o acompañamientos generados por demanda diaria deben registrarse a mas tardar a los 15 días siguiente de su realización a través de la herramienta disponible para tal fin. También se podrán presentar asesorías por demanda en los diferentes municipios.

6. La persona designada para realizar la asesoría cumplirá con el perfil requerido según la temática, con el fin de garantizar una adecuada prestación del servicio.

7. Todas las asesorías deberán estar soportadas con el acta de asesoría debidamente firmada. La oficina de Calidad tomará una muestra trimestral del 20%, para aplicar el instrumento de evaluación de asesoría.

8. Las asesorías podrán realizarse de manera virtual a través de plataformas tales como Skype, Hangouts o la plataforma que la entidad disponga. De estas asesorías debe quedar el acta respectiva, la cual es enviada al asesorado para su firma a través de correo electrónico. El acta debe reposar como soporte de la actividad con las respectivas firmas en medio magnético. Adicionalmente se tendrá como soporte los audios y/o medios magnéticos generados en el desarrollo de la asesoría.

9. El reporte de actividades realizadas debe registrarse en el modulo correspondiente a mas tardar a los 15 días calendario siguientes del mes de ejecución.

10. Las solicitudes de asesorías se tramitarán a mas tardar a los 30 días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de recepción bien sea por ventanilla única, formulario web o correo electrónico.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F004-P02-AT	Acta de Asesoría y Acompañamiento	4.0
Formatos	F005-P02-AT	Acompañamiento Técnico a la Comunidad para la Prevención de ETV	1.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepción de solicitudes e identificación de necesidades de asesoría y consolidación.	Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes temáticos	<p>Las solicitudes de asesoría o acompañamiento serán recibidas en las diferentes Subdirecciones, en la ventanilla única de la entidad, correo electrónico o a través del formulario electrónico disponible en la página web, quedando registradas en la plataforma SIG. Adicionalmente se realiza con una frecuencia mensual la identificación de necesidades teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos legales y técnicos que se requieran fortalecer en los diferentes actores del sector salud.</p> <p>Es de tener en cuenta que debido al tipo de servicios que presta la entidad, la cobertura en todo el departamento y el trabajo intersectorial, la identificación de necesidades y la misma planeación está en constante actualización.</p>	<p>Solicitud de asesoría o acompañamiento (Carta - correo electrónico - Página web)</p> <p>Registro de las solicitudes en la plataforma del SIG</p>
3. Planeación y logística para la ejecución.	Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Referentes temáticos	<p>Cada referente temático y su equipo de trabajo, realiza la programación de las actividades en el aplicativo establecido en la entidad, durante los últimos 7 días de cada mes, para el mes siguiente.</p> <p>La concertación de la asesoría o acompañamiento debe hacerse como mínimo 8 días antes de su realización, quedando como evidencia oficio o correo electrónico. En la fase de concertación se establece la fecha final de realización de la asesoría o acompañamiento.</p> <p>La concertación no aplica para las solicitudes generadas por demanda diaria.</p> <p>Las asesorías o acompañamientos solicitadas por los clientes, se asignaran por parte del referente correspondiente a cada asesor por medio de la plataforma del SIG. A partir de ese momento el asesor cuenta con 5 días hábiles para hacer contacto inicial con la entidad o persona a asesorar, concertar la fecha de inicio y registrarla en la programación a través del aplicativo.</p> <p>Cuando se requiere realizar modificaciones a la planeación, se debe sustentar en el aplicativo el motivo de dicha reprogramación.</p>	<p>Programación de Asesorías o acompañamientos</p> <p>Designación de las asesorías o acompañamiento a través del SIG</p>


4. Ejecución de la asesoría	Equipo de asesores.	<p>El asesor realiza el proceso de asesoría o acompañamiento de acuerdo a lo planificado. Este diligencia un acta por cada asesoría o acompañamiento; no obstante cuando se realiza el proceso de asesoría o acompañamiento durante varios días consecutivos, se puede consolidar en una sola acta.</p> <p>En caso de identificar un incumplimiento legal o técnico que amerite una intervención inmediata, se remite mediante oficio al área de PQRSD para que la Subdirección que corresponda le dé trámite.</p> <p>En caso que durante la asesoría o acompañamiento se generen compromisos, debe quedar consignada en el acta tanto la fecha límite de su ejecución, como la fecha del seguimiento a los mismos.</p> <p>Una vez realizada la asesoría o acompañamiento se registra en el aplicativo la fecha de ejecución, el nombre del asesorado, cargo y teléfono, para que desde la oficina de calidad evalúe la satisfacción del cliente con el servicio prestado. Así mismo, la actividad será enrutada al supervisor de la línea quien validará la calidad y la coherencia de la información reportada, contando con 15 días hábiles para reportar la ejecución, revisión y terminación de la actividad.</p> <p>Las actas deben contar con las respectivas firmas del asesorado y el asesor, independientemente si se realizaron de manera virtual. Las realizadas presencialmente deben reposar de manera físico en los archivos de gestión.</p> <p>Para las asesorías y acompañamientos que se realicen de manera virtual se generara el pantallazo de la reunión realizada donde se evidencie el responsable de realizar la asesoría y la fecha de la actividad.</p>	<p>Acta de asesoría o acompañamiento</p> <p>Pantallazo de la reunión para la modalidad virtual</p> <p>Oficio de remisión al área de PQRSD cuando aplique</p> <p>Registro de la actividad en el aplicativo SIG</p>
5. Seguimiento a compromisos	Equipo de asesores.	<p>El seguimiento a los compromisos se realiza en la fecha establecida en el acta, de manera presencial o virtual siempre y cuando se evidencien los soportes de su cumplimiento.</p> <p>En caso de incumplimiento a dichos compromisos se remite al equipo de IVC que corresponda o a la entidad competente, para que realice el control .</p>	Acta de asesoría o acompañamiento con seguimiento
6. Evaluación de la asesoría	Equipo de calidad	La oficina de calidad se encarga de aplicar la Encuesta de Satisfacción con la Asesoría, la cual será consolidada trimestralmente. La muestra es calculada teniendo en cuenta el número de actividades realizadas durante el trimestre y los lineamientos establecidos en el Instructivo Cálculo de Muestra para la Medición de la Satisfacción del Usuario.	Encuesta de satisfacción
7. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL		Código	GIV
			Fecha	2019-09-17
			Versión	3.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
-------------	----------	-------	------------

Objetivo

Realizar actividades de Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que rige al sector salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción.

Responsable

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Subdirector Jurídico

Alcance

Inicia con la recepción de solicitudes o quejas, identificación de la necesidad, planeación de las visitas de IVC, la toma de muestras y realización de análisis fisicoquímicos y microbiológicos en el Laboratorio de Salud Pública y finaliza con la elaboración del acta de visita, consolidación de resultados de IVC, traslado y ejecución del proceso sancionatorio si aplica o derivación a otras instancias encargadas del control.

Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> - ID01-GIV. Cumplimiento del plan de IVC - ID03-GIV. Porcentaje de cumplimiento de tiempo de liberación de resultados de muestras de alimentos - ID04-GIV. Porcentaje de cumplimiento en el tiempo de liberación de resultados de muestras de aguas - ID05-GIV. Porcentaje de Cumplimiento en el tiempo de liberación de resultados del área clínica

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Proceso de Planeación Estratégica Proceso de Gestión Administrativa y Financiera Procesos Misionales	1) Lineamientos normativos Quejas de la ciudadanía Solicitudes de entes de control Plan de desarrollo, plan de acción Presupuesto asignado para la ejecución de actividades de IVC Estado de los procesos sancionatorios en los que se encuentra el vigilado	(P, H, V, A) INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Grupo de Inspección, Vigilancia y Control	1) Actas de IVC Informes Planes de mejoramiento Seguimiento al cumplimiento de compromisos Remisión a proceso sancionatorio cuando aplique	1) Procesos Misionales Gestión Jurídica Planeación Estratégica
1) Gestión de Inspección, Vigilancia y Control	1) Actividades de Inspección, Vigilancia y Control (I.V.C) Solicitudes de los entes de control Lineamientos del Instituto Nacional de Salud Normatividad aplicable al Laboratorio de Salud Pública	(P, H, V, A) LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA Responsables: Bacteriologo Coordinador Laboratorio, Grupo de Laboratorio	1) Recepción de muestras de acuerdo con la programación Análisis oportuno de resultados	1) Gestión de Inspección, Vigilancia y Control.
1) Procesos Misionales	1) Acta de inspección, vigilancia y control Normatividad aplicable al régimen sancionatorio Informes de IVC	(P, H, V, A) PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO Responsables: Subdirector Jurídico, Personal de Apoyo Procedimiento Administrativo Sancionatorio	1) Acto administrativo de terminación del proceso con constancia de ejecutoria.	1) Procesos Misionales Proceso de Planeación Estratégica Proceso Gestión Jurídica Proceso Gestión Administrativa y Financiera Proceso Gestión para la Evaluación y Control
1) Procesos Misionales Procesos Estratégicos	1) Matriz de servicio no conformes Quejas Encuestas de satisfacción	(H, V) IDENTIFICAR EL SERVICIO NO CONFORME Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Grupo de Laboratorio, Grupo de Inspección, Vigilancia y Control	1) Servicio no conforme con tratamiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora	1) Procesos Misionales Proceso de Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión de la Calidad

1) Procesos Misionales	1) Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos	(V) EVALUAR LA GESTION DEL PROCESO <i>Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Grupo de Laboratorio, Grupo de Inspección, Vigilancia y Control</i>	1) Riesgos Administrados	1) Planeación Estratégica Gestión de Calidad Procesos Misionales
Planeación Estratégica	Informes de Gestión		Resultados de evaluación de Indicadores.	
Gestión para la Evaluación y Control	Informes de Auditoría (Hallazgos)		Análisis de Encuestas de Satisfacción.	
Gestión de Calidad	Consolidado de Indicadores		Informes de seguimiento	
1) Procesos Misionales	1) No Conformidades	(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES <i>Responsables: Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Grupo de Laboratorio, Grupo de Inspección, Vigilancia y Control</i>	1) Impactos mitigados	1) Procesos Misionales Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Gestión de la Calidad
Proceso Gestión para la Evaluación y Control	Tratamiento de servicio no conforme		Riesgos mitigados	
Gestión de la Calidad	Resultados de Análisis de Riesgos		Controles implementados	
	Resultados de Análisis de Indicadores		Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces	
	Resultados de auditorías			
	Resultados de Encuestas de satisfacción			

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GIV	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL
P02-GIV	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA
P03-GIV	PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GIV
	Proceso: GESTIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL		Fecha	2018-10-18
	Procedimiento: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL		Versión	4.0

Objetivo

Establecer los lineamientos para realizar las actividades de inspección, vigilancia y control de acuerdo con las competencias dadas a la entidad y en cumplimiento a las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que rigen al sector salud.

Responsable

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Equipo de IVC

Alcance

Inicia con la planeación de las visitas de IVC y finaliza con la elaboración del acta de visita, consolidación de resultados de IVC y traslado a proceso sancionatorio si aplica.

Generalidades

1. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación de los actores objeto de inspección, que sirve para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación sanitaria, de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

2. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

3. Control: El control consiste en la atribución para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (sanitaria, jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

4. La Inspección, vigilancia y control se realizan teniendo en cuenta los instructivos definidos según el tipo.

5. La planeación de las visitas de IVC se realiza anualmente por cada una de las subdirecciones responsables, teniendo en cuenta los parámetros normativos, formatos establecidos para cada tipo y las características propias de los actores objetos del proceso.

6. Adicionalmente se realizan visitas no programadas derivadas de denuncias de la ciudadanía, solicitudes de los mismos actores objetos de IVC, requerimientos o necesidades identificadas en el sector.

7. Las listas de chequeo utilizadas en las visitas IVC se han construido teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la normatividad vigente según el tema. (ver normograma)

8. Producto de las actividades de IVC quedará como evidencia la respectiva acta, donde se consolidan las observaciones, hallazgos o incumplimientos y se establecen de ser necesario planes de mejora, acciones correctivas, con su respectiva fecha de seguimiento, o el traslado a la Subdirección Jurídica para iniciar un Proceso Administrativo Sancionatorio según sea el caso.

9. El acta de visita de IVC se debe generar en el sitio y solo para los casos que aplique durante los 10 días siguientes.

10. Cuando se realice visita de IVC, una vez finalizada la actividad se dará lectura del acta y si el vigilado presenta observaciones se incluirán en esta. Toda acta debe estar firmada por quien realiza la actividad y el vigilado.

11. Para todos los casos se entregará copia del acta al vigilado.

12. No podrá definirse cumplimiento parcial a las actividades de IVC, cuando la norma es expresa que la DTSC debe ejercer Control a los diferentes actores.

13. El reporte de las actividades realizadas debe registrarse en el módulo correspondiente a más tardar a los 15 días calendario siguientes del mes de ejecución.

14. El referente o supervisor deberá verificar que el responsable haya registrado en el modulo, la totalidad de las actividades de IVC, conforme a la programación definida y revisará del total de actividades ejecutadas en el periodo, la calidad del registro, tomando una muestra aleatoria, con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10.

15. La actualización del censo de establecimientos y bebidas existentes en los municipios de la jurisdicción de la DTSC y que son sujetos de IVC, se realizará trimestralmente teniendo en cuenta las novedades reportadas por los técnicos de saneamiento ambiental desde cada una de las localidades.

16. Las actividades de inspección y vigilancia que se desarrollen a través de revisión documental quedarán soportadas a través del acta o informe que corresponda según el caso y no requerirán de la firma del vigilado, pero si será comunicado a través de correo electrónico o físico.

Archivos adjuntos

- Anexo1. Tipos de IVC y sus características.pdf

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Resolución		Acta de Inspección Sanitaria con Enfoque de Riesgo para Vehículos Transportadores de Carne y/o Productos Cárnicos Comestibles	1.0
MANUAL		21 Manual de toma de muestras de alimentos y bebidas para Entidades Territoriales de Salud	1.0
MANUAL		25 Manual IVC para ETS	1.0
Instructivos		Instructivo de diligenciamiento Acta de inspección, vigilancia y control higiénico sanitario a comercializadores ambulantes de leche cruda	1.0
Instructivos		Instructivo para la vigilancia del rotulado de alimentos, bebidas y sus materias primas	1.0
Instructivos	I001-P01-GIV	Instructivo Seguimiento a los Planes Hospitalarios de Emergencia y Disponibilidad de camas de los Prestadores de Servicios de Salud.	1.0
Instructivos	I003-P01-GIV	Instructivo para la Verificación de Condiciones de Habilitación	4.0
Instructivos	I004-P01-GIV	Instructivo IVC derivada de denuncias o solicitudes	2.0
Instructivos	I005- P01-GIV	Instructivo Evaluación de Tecnología Biomédica y Plan de Mantenimiento Hospitalario	1.0
Instructivos	I006-P01-GIV	Inspección y Vigilancia para los Eventos en Salud Pública	1.0
Instructivos	I007-P01-GIV	Instructivo para el Desarrollo de las Unidades de Análisis	3.0
Instructivos	I008-P01-GIV	Instructivo Inspección, Vigilancia y Control de los Centros Vida	1.0
Instructivos	I009-P01-GIV	Instructivo Seguimiento y Evaluación a la Gestión del Aseguramiento en los Municipios del Departamento	2.0
Instructivos	I010-P01-GIV	Instructivo Actividades de IVC Salud Mental	1.0
Instructivos	I011-P01-GIV	Instructivo para la Supervisión de Actividades de IVC en Salud Ambiental	1.0
Instructivos	I012-P01-GIV	Instructivo para la Revisión de Reclamaciones de la Ciudadanía para su Inclusión en el Plan de Vacunación COVID-19	1.0
Instructivos	I013-P01-GIV	Instructivo para la Inspección, Vigilancia y Control en la Distribución, Transporte y Expendio de Alimentos y Bebidas	1.0
Instructivos	I014-P01-GIV	Instructivo para el Fortalecimiento de Competencias del Personal de Inspección Vigilancia y Control de Salud Ambiental	1.0
Instructivos	I015-P01-GIV	Instructivo de auditorias y actividades de inspección, vigilancia y control a las Red Departamental V01	1.0
Instructivos	I016-P01-GIV	Instructivo para Vigilancia en Salud Pública con Base Comunitaria V01	1.0
Instructivos	I017-P01-GIV	Instructivo Verificación de Rumores Eventos de Interés en Salud Pública V01	1.0
Plantillas		Plantilla Comunicacion Visita IPS- Condiciones de Habilitación	1.0

Plantillas		Plantilla Comunicacion Visita IPS- PAMEC-SIC	1.0
Plantillas		Plantilla Comunicacion Visita Previa	1.0
Formatos	F002-P01-GIV	Acta General IVC	3.0
Formatos	F006-P01-GIV	Instrumento de Evaluación Componente Sistema de Información para la Calidad en Salud	4.0
Formatos	F007-P01-GIV	Acta visita de verificación de condiciones de habilitación	4.0
Formatos	F008-P01-GIV	Certificado de cumplimiento de condiciones de habilitación	2.0
Formatos	F009-P01-GIV	Seguimiento a Plan de Mejoramiento de Evaluación de la Capacidad de Gestión de los Municipios	2.0
Formatos	F010-P01-GIV	Lista de chequeo de evaluación del plan hospitalario de emergencias	5.0
Formatos	F011-P01-GIV	Lista de chequeo de verificación disponibilidad de camas	3.0
Formatos	F020-P01-GIV	Encuesta de satisfacción del afiliado	3.0
Formatos	F022-P01-GIV	Seguimiento al Suministro de Medicamentos	2.0
Formatos	F026-P01-GIV	Matriz de Programación Salud Ambiental	8.0
Formatos	F033-P01-GIV	Consolidado de IVC de distribución y comercialización de alimentos y bebidas alcohólicas y de los establecimientos gastronómicos	3.0
Formatos	F034-P01-GIV	Inspección Sanitaria a los Sistemas de Suministro de Agua para Consumo Humano	2.0
Formatos	F035-P01-GIV	Concepto Sanitario- Sistema de Abastecimiento de Agua	2.0
Formatos	F036-P01-GIV	Informe Control de Cloro Residual Libre y PH en Red de Distribución	2.0
Formatos	F037-P01-GIV	Acta final de recibo a conformidad de los puntos y lugares de muestreo de la calidad del agua para consumo humano	2.0
Formatos	F038-P01-GIV	Acta de Visita Residuos Solidos	2.0
Formatos	F046-P01-GIV	Acta de Visita a Talleres, Ebanisterías y Similares	2.0
Formatos	F051-P01-GIV	Certificado de dispensación de dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular	2.0
Formatos	F052-P01-GIV	Acta de Inspección, Vigilancia y Control a Empresas Aplicadoras de Plaguicidas	3.0
Formatos	F053-P01-GIV	Acta de Seguimiento Sanitario	2.0
Formatos	F054-P01-GIV	Acta de Visita de ETV a ESEs - IPS Públicas y Privadas	3.0
Formatos	F055-P01-GIV	Acta de Visita de Control de Aedes SPP en Establecimientos Especiales	3.0
Formatos	F057-P01-GIV	Seguimiento a Larvitrapas	2.0
Formatos	F058-P01-GIV	Censo y Seguimiento a Montallantas	2.0
Formatos	F059-P01-GIV	Formulario de Encuesta Larvaria	3.0
Formatos	F061-P01-GIV	Relación de Aplicación de Insecticidas con Equipo Pesado	2.0
Formatos	F062-P01-GIV	Relación de Insumos Utilizados y Actividades Realizadas por Municipio Endémico	2.0
Formatos	F063-P01-GIV	Registro de Vigilancia y Control de Estados Inmaduros de Mosquitos en Imbornales en Vía Pública	2.0
Formatos	F064-P01-GIV	Relación de Viviendas o Establecimiento Especiales con Intervención Química con Equipo Liviano(Perifocal)	2.0
Formatos	F065-P01-GIV	Búsqueda Comunitaria de Arbovirosis	3.0
Formatos	F066-P01-GIV	Acta de Visita a Farmacias- Droguerías y Similares	2.0
Formatos	F067-P01-GIV	Acta de Visita Medicamentos de Control Especial	2.0
Formatos	F068-P01-GIV	Acta de Medida Sanitaria a Farmacia- Droguerías y/o Similares	2.0

Formatos	F069-P01-GIV	Acta de Visita para Verificar las Condiciones del Servicio de Inyección en los Establecimientos Farmacéuticos	2.0
Formatos	F072-P01-GIV	Lista de Chequeo de Condiciones Básicas para la Atención en Vacunación	2.0
Formatos	F073-P01-GIV	Formato de Notificación para Profesionales de Vigilancia en Salud Pública	2.0
Formatos	F074-P01-GIV	Consolidado de Seguimiento Profesionales de Vigilancia en Salud Pública	2.0
Formatos	F075-P01-GIV	Consolidado de Cumplimiento de Visitas de Campo para Eventos de Interés en Salud Pública Notificados por Municipio	2.0
Formatos	F076-P01-GIV	Seguimiento Resultados SIVIGILA- RUAF y Laboratorio	2.0
Formatos	F077-P01-GIV	Ficha de Investigación de Campo Sarampión Rubeola	2.0
Formatos	F078-P01-GIV	Ficha de Investigación de Campo Dengue- Chikungunya	2.0
Formatos	F079-P01-GIV	Ficha de Investigación de Campo Leishmaniasis	2.0
Formatos	F082-P01-GIV	Matriz de Evaluación de Unidades de Análisis	2.0
Formatos	F083-P01-GIV	Sistema Unificado de Control de AIEPI	2.0
Formatos	F084-P01-GIV	Seguimiento Protocolos Zoonosis en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	2.0
Formatos	F086-P01-GIV	Acta de Visita de Campo Accidente Ofídico	2.0
Formatos	F087-P01-GIV	Registro de Temperatura Refrigerador	2.0
Formatos	F089-P01-GIV	Registro de Vacunación Antirrábica Canina y Felina del Sector Privado	2.0
Formatos	F090-P01-GIV	Movimiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina	3.0
Formatos	F091-P01-GIV	Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios y Barrido	2.0
Formatos	F095-P01-GIV	Acta de Concertación y Actualización de Puntos y Lugares de Muestreo de la Calidad del Agua para Consumo Humano	3.0
Formatos	F097-P01-GIV	Georeferenciación de Casos de Estrategia Tratamiento Acortado Suprv.	2.0
Formatos	F100-P01-GIV	F100-P01-GIV Seguimiento a pacientes farmacoresistentes	2.0
Formatos	F101-P01-GIV	Informe Visita de Verificación de las Condiciones de Habitación	3.0
Formatos	F102-P01-GIV	Acta de Seguimiento Plan de Mantenimiento Hospitalario	2.0
Formatos	F103-P01-GIV	Evaluación de Dotación Tecnología Biomédica	2.0
Formatos	F104-P01-GIV	Análisis de Caracterización Información Epidemiológica	2.0
Formatos	F105-P01-GIV	Análisis de la Infraestructura Física	2.0
Formatos	F106-P01-GIV	Control de Adquisición de Tecnología Biomédica Controlada	2.0
Formatos	F108-P01-GIV	Lista de Chequeo Suficiencia Patrimonial y Financiera	2.0
Formatos	F109-P01-GIV	Acta de Visita a Depósito, Almacén y Expendio Comercializador de Insumos Agropecuarios	2.0
Formatos	F110-P01-GIV	Relación de Viviendas o Establecimiento Especiales con Aplicación de Larvicidas	2.0
Formatos	F111-P01-GIV	Resultados de Residuos de Plaguicidas Organofosforados y Carbamatos en Aguas	2.0
Formatos	F112-P01-GIV	Resultados de Porcentaje de Actividad de Colinesterasa en Sangre	2.0
Formatos	F113-P01-GIV	Verificación de Condiciones de Higiene Instalaciones, Equipos y Utensilios, Personal Manipulador.	2.0
Formatos	F114-P01-GIV	Seguimiento a protocolos en Zoonosis - Técnicos	2.0
Formatos	F117-P01-GIV	Acta de Evaluación de la Capacidad de Gestión Municipal en Salud	2.0
Formatos	F118-P01-GIV	Relación de viviendas o establecimientos especiales con aplicación de larvicidas	2.0
Formatos	F119-P01-GIV	Inspección Sanitaria al Establecimiento de Piscina	2.0

Formatos	F120-P01-GIV	Acta de Inspección y vigilancia a proyectos del Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud	3.0
Formatos	F121-P01-GIV	Visita de Inspección Sanitaria Ocular a las Fuentes Hídricas Abastecedoras de Acueducto	2.0
Formatos	F123-P01-GIV	Acta Apertura Visitas a EPS	2.0
Formatos	F124-P01-GIV	Informe Visita a EPS	2.0
Formatos	F125-P01-GIV	Lista de Chequeo Visita a EPS	3.0
Formatos	F126-P01-GIV	Censo de Establecimientos	3.0
Formatos	F127-P01-GIV	Programación de Visitas Plan de Mantenimiento Hospitalario y Evaluación de Tecnología Biomédica	2.0
Formatos	F128-P01-GIV	Acta de Inspección, Vigilancia y Control Programa de Farmacovigilancia	2.0
Formatos	F130-P01-GIV	Registro de Vacunación Antirrábica Canina y Felina Formato Físico y Digital	2.0
Formatos	F131-P01-GIV	Lista Previa de las Características Físicas, Químicas y Microbiológicas, de la Calidad del Agua de la Fuente Abastecedora V01	1.0
Formatos	F132-P01-GIV	Mapa de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano	1.0
Formatos	F134-P01-GIV	Acta de Visita a Viviendas Identificadas con Riesgo	1.0
Formatos	F135-P01-GIV	Consolidado PPNA del Departamento de Caldas	1.0
Formatos	F136-P01-GIV	Acta de Seguimiento a Eventos en Salud Pública	2.0
Formatos	F137-P01-GIV	Acta Unidad de Análisis	2.0
Formatos	F138-P01-GIV	Plan de Mejoramiento por Procesos del Aseguramiento Evaluados	2.0
Formatos	F139-P01-GIV	Consolidado Final de Evaluación de Procesos del Aseguramiento	2.0
Formatos	F140-P01-GIV	Condiciones de Estructura de la DLS, Plan Territorial, Rendición de Cuentas y Evaluación Participativa	3.0
Formatos	F141-P01-GIV	Bases de Datos del Aseguramiento	3.0
Formatos	F142-P01-GIV	Promoción y Seguimiento a la Efectividad de la Afiliación al SGSSS	3.0
Formatos	F143-P01-GIV	Seguimiento a los Recursos del Fondo Local de Salud Municipal	3.0
Formatos	F144-P01-GIV	Debido Proceso a la Evasión y Elusión al SGSSS	3.0
Formatos	F145-P01-GIV	Auditoria del Régimen Subsidiado del Nivel Municipal a las EPS	3.0
Formatos	F146-P01-GIV	Visita EPS Sede Municipal	4.0
Formatos	F147-P01-GIV	Visita a la IPS Municipal	4.0
Formatos	F148-P01-GIV	Búsqueda Activa Comunitaria Dengue	1.0
Formatos	F149-P01-GIV	Acta de Inspección, Vigilancia y Control Centros Vida	1.0
Formatos	F150-P01-GIV	Informe de Evaluación del Aseguramiento	2.0
Formatos	F151-P01-GIV	Ficha de Investigación de Campo Tuberculosis todas las Formas	1.0
Formatos	F152-P01-GIV	Instrumento de Verificación de Estándares de Calidad Laboratorios de Alimentos	1.0
Formatos	F153-P01-GIV	Lista de Chequeo Comité de Ética Hospitalaria	1.0
Formatos	F154-P01-GIV	Lista de Chequeo de Inspección y Vigilancia en Servicio Social Obligatorio	1.0
Formatos	F155-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud Primera Infancia	1.0
Formatos	F156-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud Adolescencia y Juventud	1.0
Formatos	F157-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud Adultez	1.0
Formatos	F158-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud-Vejez	1.0

Formatos	F159-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud-Salud Bucal	1.0
Formatos	F160-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud- Planificación Familiar	1.0
Formatos	F161-P01-GIV	Seguimiento al Plan de Implementación de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud- Materno Perinatal	1.0
Formatos	F162-P01-GIV	Verificación de camas de UCI y UCIN	1.0
Formatos	F163-P01-GIV	Recolección de Inservibles de Depósitos y-o Criaderos ETV	1.0
Formatos	F164-P01-GIV	Relación de Viviendas y Establecimientos Especiales con Aplicación de Larvicidas	1.0
Formatos	F165-P01-GIV	Búsqueda Activa Comunitaria de Malaria	1.0
Formatos	F166-P01-GIV	Auditoria de Seguimiento al Cumplimiento del as EAPB en el Contexto de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)	1.0
Formatos	F167-P01-GIV	Instrumento de Verificación de Protocolos de Bioseguridad y Procedimientos en Laboratorios Clínicos	1.0
Formatos	F168-P01-GIV	Acta Visita para Emisión de Concepto Sanitario a Farmacias Droguerías y Similares	1.0
Formatos	F169-P01-GIV	Instrumento de Control Social	1.0
Formatos	F170-P01-GIV	Flujograma para el Manejo de Interrupción de la Corriente Eléctrica del Centro de Vacunación	1.0
Formatos	F171-P01-GIV	Flujograma Pérdida de Cadena de Frío de los Biológicos del Centro de Acopio	1.0
Formatos	F171-P01-GIV	Formulario Único Inspección Sanitaria a Plantas de Tratamiento en Zona Rural	1.0
Formatos	F172-P01-GIV	Búsqueda Activa Prestadores de Servicios de Salud no Inscritos	1.0
Formatos	F173-P01-GIV	Seguimiento a la implementación de la RIA cardiovascular metabólica, cáncer de mama y otras líneas a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	1.0
Formatos	F174-P01-GIV	Seguimiento a la implementación de la RIA cardiovascular metabólica, cáncer de mama y otras líneas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	1.0
Formatos	F175-P01-GIV	Acta de Visita de Verificación Previa Resolución 3100 de 2019	2.0
Formatos	F176-P01-GIV	Informe de Visita de Verificación de Condiciones de Habilitación - Resolución 3100 de 2019	1.0
Formatos	F177-P01-GIV	Lista de Chequeo para la Revisión del Sistema de Atención al Usuario en las EPS	1.0
Formatos	F178-P01-GIV	Lista de Chequeo para la Revisión de Comités en las EPS	1.0
Formatos	F179-P01-GIV	Evaluación a la Red de Servicios de las EPS	1.0
Formatos	F180-P01-GIV	Hoja de Chequeo para Revisión de Indicadores según Resolución 256 de 2016 en Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	1.0
Formatos	F181-P01-GIV	Evaluación de Indicadores según Resolución 1552 de 2013	1.0
Formatos	F182-P01-GIV	Hoja de Chequeo para Indicadores de Alerta Temprana	1.0
Formatos	F183-P01-GIV	Evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en EAPB	1.0
Formatos	F184-P01-GIV	Hoja de Chequeo para Rondas de Seguridad en el Servicio de Urgencias	1.0
Formatos	F185-P01-GIV	Hoja de Chequeo para la Evaluación de Calidad de la Referencia en las Rondas de Seguridad	1.0
Formatos	F186-P01-GIV	Hoja de Chequeo Evaluación Resolución 971 de 2021	1.0
Formatos	F187-P01-GIV	Ficha de Investigación de Campo Desnutrición Aguda, Moderada y Severa cód. 113	1.0

Formatos	F188-P01-GIV	Ficha de Investigación de Campo Bajo Peso al Nacer a Terminó cód.110	1.0
Formatos	F189-P01-GIV	Seguimiento Sífilis Gestacional	1.0
Formatos Externos		Acta de Inspección Sanitaria con Enfoque de Riesgo para Expendios de Carne y Productos Cárnicos Comestibles.	3.0
Formatos Externos		Acta de Inspección Sanitaria con Enfoque de Riesgo para Vehículos Transportadores de Carne y Productos Cárnicos Comestibles.	2.0
Formatos Externos		ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO CEMENTERIOS	2.0
Formatos Externos		ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO A BATALLONES	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO A ESTABLECIMIENTOS DE ESTETICA ORNAMENTAL	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS CARCELARIOS	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS CENTROS VIDA- CENTROS VIDA- RESOLUCIONES 024 DE 2017 Y 055 DE 2018	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES COMUNITARIOS	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES DE PASO- RESOLUCION 1440 DE 2013	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIATRICOS O DE LARGA ESTANCIA	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE PROSTITUTOS Y SIMILARES	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS CON LABORATORIO	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS GENERADORES DE RESIDUOS- COMPONENTE GESTION INTERNA	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS GENERADORES DE RESIDUOS- PRESTADORES INDEPENDIENTES CIRCULAR 000047 DE 2006	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES- (CLINICAS-HOSPITALES)	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES- INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON CONSULTA EXTERNA	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES, COMERCIALES Y DE SERVICIOS DONDE SE USAN Y ALMACENAN SUSTANCIAS Y PRODUCTOS QUIMICOS	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES COMERCIALIZACION DE COLCHONES	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES FABRICACION DE COLCHONES	1.0
Formatos Externos		ACTA DE IVC SANITARIO TERMINALES PORTUARIOS- PUNTOS DE ENTRADA	1.0
Formatos Externos		Acta de Visita de Funerarias	1.0

Formatos Externos		Acta de Visita de Rotulado	1.0
Formatos Externos		ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO	1.0
Formatos Externos		Acta IVC publicidad	1.0
Formatos Externos		Acta Venta Ambulante Leche Cruda	1.0
Formatos Externos		Acta Visita Expendio de Leche Cruda	1.0
Formatos Externos		Anexo G. Sello Clausurado	1.0
Formatos Externos		Anexo H. sello clausura temporal	1.0
Formatos Externos		Anexo I. Suspension de trabajos	1.0
Formatos Externos		Anexo L. sello de congelamiento	1.0
Formatos Externos		Diagnóstico, Cumplimiento del Decreto 1500 de 2007 y sus Reglamentos Técnicos Complementarios para Almacenamiento y Distribución Carne y Produc	2.0
Formatos Externos		Diagnóstico, Cumplimiento del Decreto 1500 de 2007 y sus Reglamentos Técnicos Complementarios para Expendio de Carne y Productos Cárnicos Comestibles	3.0
Formatos Externos		Formulario de Inscripción Sanitaria para Vehículos Transportadores de Carne y Productos Cárnicos Comestibles	2.0
Formatos Externos		Formulario de Solicitud de Autorización Sanitaria para Almacenamiento y Distribución, Expendio de Carne y Productos Cárnicos Comestibles	1.0
Formatos Externos		Herramienta de Verificación de Estandares de Calidad Laboratorios de Aguas	1.0
Formatos Externos		Herramienta Verificación Estandares de Calidad Laboratorios Clínicos Res 1619	1.0
Formatos Externos		INFORME SITUACION SANITARIA EN ALOJAMIENTOS TEMPORALES	1.0
Formatos Externos		LISTA DE CHEQUEO PARA ALOJAMIENTOS TEMPORALES	1.0
Formatos Externos		Lista de Chequeo para la Evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- Externo	2.0
Formatos Externos		Metodología Evaluación de la Capacidad de Gestión de los Municipios Certificados.	1.0
Formatos Externos		Preparación de Alimentos	2.0
Formatos Externos		Programación Anual de Visitas de Verificación SNS- Externo	1.0
Formatos Externos		Reporte de Novedades de Vehículos Transportadores de Carne y Productos cárnicos comestibles	1.0
Formatos Externos		Reporte de Vehículos Transportadores de Carne y Productos Cárnicos Comestibles	1.0
Formatos Externos		Solicitud de autorización sanitaria para vehículos transportadores de carne y/o productos cárnicos comestibles	1.0
Formatos Externos		Vehículos Transportadores de Alimentos	2.0
Formatos Externos		Verificación de Condiciones de Habilitación (Resolución 2003)	1.0

Formatos Externos	05	Almacenamiento	2.0
Formatos Externos	06	Venta en Vía Pública	2.0
Formatos Externos	07	Expendios de Bebidas Alcohólicas	2.0
Formatos Externos	08	Plazas de Mercado	2.0
Formatos Externos	09	Ensamble de Alimentos	2.0
Formatos Externos	11	Formato de factores de riesgo	2.0
Formatos Externos	12	Acta de aplicación de medida sanitaria de seguridad ETS	2.0
Formatos Externos	13	Formato de decomiso y registro de cadena de custodia MSS ETS	2.0
Formatos Externos	14	Formato anexo de congelamiento MSS ETS	2.0
Formatos Externos	15	Formato anexo de destrucción MSS ETS	2.0
Formatos Externos	16	Formato anexo de desnaturalización MSS ETS	2.0
Formatos Externos	17	Acta de levantamiento de medida sanitaria de seguridad ETS	2.0
Formatos Externos	18	Acta de Toma de Muestras de Alimentos y Bebidas ETS	4.0
Formatos Externos	19	Acta de visita diligencia de inspección, vigilancia y control ETS	2.0
Formatos Externos	20	Formato de verificación de rotulado ETS	2.0
Formatos Externos	3	Expendios de alimentos	2.0
Formatos Externos	4	Grandes Superficies	2.0
Formatos Externos	43	Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario Establecimientos Veterinarios y Afines	1.0
Guía		Guía de inspección de productos de bebidas alcohólicas en el mercado. Versión 1.0	1.0
Guía		Guía Metodológica para la Elaboración o Modificación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y de Fortalecimiento Institucional de las Empresas Sociales del Estado	7.0
Guía		Guía para el diligenciamiento de las actas de inspección sanitaria con enfoque de riesgo	1.0
Guía		Guía para el Reporte de la Información de Seguimiento a los PSFF para las Empresas Sociales del Estado	1.0
Guía	G001-P01-GIV	Guía de Lineamientos y Criterios Técnicos en Salud Ambiental	3.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Planeación de las actividades inspección vigilancia y control	Líderes del proceso de IVC, referentes de programas y equipo de IVC	La planeación de la inspección, vigilancia y control esta sujeta a los parámetros establecidos por Ley, denuncias de la comunidad, solicitudes de los prestadores o de oficio.	Cronograma de actividades de IVC, Denuncias, Requerimientos.
3. Preparación de las actividades de IVC	Referente o Equipo de IVC	La preparación de las actividades de IVC se realizan de acuerdo con la norma que rija cada tema en particular. Donde se define según sea el caso el tipo de actuación administrativa: inspección, vigilancia o control; el personal a desarrollar la actividad; gestión de la comisión de requerirse; los instrumentos o formatos a utilizar y la comunicación o notificación al vigilado si es del caso.	Listas de chequeo o instrumentos, comisión, comunicación o notificación cuando se requiera.
4. Ejecución de las actividades de IVC	Referente o Equipo de IVC	Se realizan las actividades de IVC según corresponda: 1. Para las actividades de IVC que solamente requieran revisión documental se elabora el acto administrativo que corresponda. 2. En caso de requerirse visita se presenta la persona o el equipo de IVC, se aplican los instrumentos definidos, se realiza la vista de campo a los sitios requeridos y se elabora el acta correspondiente especificando el concepto técnico y/o sanitario.	Acto administrativo, acta de visita e instrumentos.
5. ¿Requiere seguimiento?	Referente o Equipo de IVC	Cumple: Si cumple se archiva. Cumplimiento parcial: en los casos que aplique, se solicitará plan de mejoramiento o acción correctiva según corresponda, a la cual se le hará seguimiento.	Acta, informe o documento que soporta la actividad de IVC Plan de mejoramiento en los casos que aplique
6. Seguimiento a las actividades de IVC	Referente o Equipo de IVC	En los casos en los que se requiera seguimiento, este se realizará, en la fecha establecida en el acta o informe de IVC. El seguimiento se realiza de manera presencial o virtual siempre y cuando se evidencien los soportes de su cumplimiento.	Soporte del seguimiento
7. Traslado del incumplimiento a la Subdirección Jurídica o entidad que corresponda	Referente o Equipo de IVC	En caso de incumplimiento, quien realiza la visita según su competencia y de acuerdo con lo dispuesto con la normatividad aplicable, valora el riesgo y determina si es necesario tomar medidas de seguridad, dejando constancia de esto en el acta, donde sustente las razones del riesgo. Para los casos de incumplimiento, el responsable de la actividad de IVC remite por escrito a más tardar el día siguiente de terminada la actividad de IVC, el acta con los soportes a la Subdirección Jurídica, para que efectúe el procedimiento administrativo sancionatorio. Si la entidad no tiene la competencia de efectuar el control se remite a la entidad competente.	Acto administrativo, acta de visita e instrumentos. Soporte de traslado a la Subdirección Jurídica con los soportes o entidad competente.
8. Archivo de las actividades de IVC	Referente o Equipo de IVC	Las actas generadas de las actividades de IVC con los respectivos soportes, son archivadas por los responsables, de acuerdo con las TRD establecidas por la entidad.	Actas de IVC Documento soportes
9. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: LABORATORIO DE SALUD PUBLICA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-GIV
	Proceso: GESTIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL		Fecha	2021-11-08
	Procedimiento: LABORATORIO DE SALUD PUBLICA		Versión	3.0

Objetivo

Definir las actividades a realizar en el Laboratorio Departamental de Salud Pública para la recepción de muestras, análisis y entrega de resultados en las áreas diferentes áreas, para el apoyo a la vigilancia en salud pública, control de la calidad, actividades de Inspección, Vigilancia y Control para toda la red Departamental de Laboratorios de acuerdo con la normatividad vigente.

Responsable

Bacteriologo Coordinador Laboratorio, Equipo del Laboratorio de Salud Pública

Alcance

Aplica para todas las actividades realizadas por las diferentes áreas del Laboratorio de Salud Pública, inicia con la recepción de muestras de laboratorio y termina con la entrega de resultados, evaluación de la satisfacción y toma de acciones.

Generalidades

El Laboratorio Departamental de Salud Pública, está conformado por profesionales en Epidemiología, Bacteriología, Ingeniería Química, Ingeniería de Alimentos, Químico Farmacéutico, Auxiliares de Laboratorio, Auxiliares administrativos y personal de Calidad con alta experiencia, idoneidad y competencia técnica para la correcta ejecución de todos los procesos de acuerdo a los perfiles establecidos por los laboratorios nacionales de referencia INS e INVIMA y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Actualmente el sistema de Gestión de Calidad se encuentra alineado al cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 y se encuentra Acreditado en la norma ISO /IEC 17025:2017 con el Organismo Nacional de Acreditación (ONAC) para el alcance de Microbiología de Aguas. El Laboratorio busca ampliar este alcance de acreditación para las demás áreas del Laboratorio con el fin de garantizar procesos de alta calidad con reconocimiento nacional e internacional.

El Laboratorio de Salud Pública está conformado por las siguientes áreas:

- 1. ÁREA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS:** En ésta área se realizan actividades de vigilancia de diferentes eventos de interés en Salud Pública, control de calidad, apoyo diagnóstico, asistencia técnica, capacitación y seguimiento a todos los laboratorios clínicos públicos y privados, bancos de sangre y servicios transfusionales y Laboratorios de Patología de la Red Departamental basados en el cumplimiento de los estándares de calidad definidos en la Resolución 1619 de 2015 y demás normatividad aplicable vigente. Entre los eventos de interés se encuentran: COVID-19, Tuberculosis, Malaria, Leishmania, Lepra, Sífilis, ITS, Resistencia Bacteriana (IAAS e IAD), Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, Dengue NS1, Hipotiroidismo congénito, Parálisis Flácida, Leptospirosis, Meningitis, Sarampión y Rubeola, Tosferina, Zika, Chicungunya, vigilancia entomológica de vectores causantes de enfermedades tropicales etc.
- 2. AREA DE ATENCIÓN AL AMBIENTE:** Esta área está dividida en dos partes, Microbiología y Fisicoquímica, en éstas áreas se realizan diferentes análisis de aguas y alimentos de riesgo para consumo humano, bebidas alcohólicas, plaguicidas, etc. de acuerdo a la normatividad aplicable para cada matriz. De igual manera se realizan acciones de Vigilancia, Control de Calidad, Inspección, capacitación y asistencia técnica a los Laboratorios de Plantas de tratamiento de Agua y de análisis microbiológicos de Alimentos de la Red Departamental todo esto basado en el cumplimiento de los estándares de calidad de la Resolución 1619 de 2015, resolución 0082 de 2009 y demás normatividad vigente. Desde ésta área se hace vigilancia del importante evento de ETAS (Enfermedades Transmitidas por Alimentos).
- 3. ÁREAS DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:** Tanto el área de atención a las personas como el área de atención al ambiente, cuentan dos áreas de recepción de muestras en las cuáles se reciben de acuerdo a las programaciones las diferentes muestras provenientes de todo el Departamento, allí se verifican de acuerdo a los protocolos los criterios de recepción y/o rechazo, se hace ingreso al sistema para garantizar trazabilidad y se hace direccionamiento a las diferentes áreas de análisis. De igual manera las áreas de recepción están disponibles de manera permanente para atender cualquier contingencia.
- 4. ÁREA ADMINISTRATIVA:** En ésta área se encuentran la Coordinación del Laboratorio, el área de Calidad tanto de ISO 9001:2015 como de ISO/IEC 17025:2017, Auxiliares Administrativos. Desde ésta área se controla y se verifica la correcta implementación del sistema de Gestión de Calidad, procesos de contratación, compras, talento humano, emisión, liberación y entrega de informes y resultados, correspondencia, trámites, PQR etc.
- 5. LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR:** Como respuesta a la emergencia sanitaria causada por el SARS-CoV2, se

realizó convenio interadministrativo entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Universidad de Caldas para habilitar como colaborador del Laboratorio de Salud Pública el Laboratorio de Biología Molecular, en el cuál se reciben y se analizan muestras para diagnóstico de COVID-19 de todo el Departamento mediante la técnica RT-qPCR, protocolo estandarizado Caldas. Este laboratorio cuenta con profesionales altamente calificados en diferentes áreas de biología molecular y/o investigación.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL		Manual para el diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis- 1. Baciloscopia	1.0
MANUAL		Manual para el diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis - 2. Cultivo	1.0
MANUAL	M001-P02-GIV	Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Salud Pública	2.0
MANUAL	M002-P02-GIV	Manual de Bioseguridad Atención al Ambiente Laboratorio de Salud Pública V01	1.0
Instructivos	I001-P02-GIV	Instructivo de Medidas de Bioseguridad para la Toma de Muestras	1.0
Instructivos	I005-P02-GIV	Manejo Assurance GDS Rotor Gene	1.0
Instructivos	I006-P02-GIV	Manejo de Dosificadores de Líquidos	1.0
Instructivos	I007-P02-GIV	Manejo de Incubadora Imperial II Calor Radiante	1.0
Instructivos	I008-P02-GIV	Instructivo de Uso Balanza Analítica Shimadzu	2.0
Instructivos	I009-P02-GIV	Manejo de la Balanza Triple Brazo OHAUS	2.0
Instructivos	I010-P02-GIV	Manejo de la Bomba de Transferencia	1.0
Instructivos	I011-P02-GIV	Manejo de la Cabina de Bioseguridad	1.0
Instructivos	I012-P02-GIV	Manejo de la cabina de seguridad biológica	1.0
Instructivos	I013-P02-GIV	Manejo de la centrífuga TD5A	1.0
Instructivos	I014-P02-GIV	Manejo de la estación de captura de parásitos	1.0
Instructivos	I015-P02-GIV	Manejo de la Incubadora Agitadora	1.0
Instructivos	I016-P02-GIV	Manejo de la Incubadora Refrigerada	1.0
Instructivos	I017-P02-GIV	Manejo de la Lámpara Ultravioleta de Mano	1.0
Instructivos	I018-P02-GIV	Manejo de las Neveras QC-YC-380-L	1.0
Instructivos	I019-P02-GIV	Manejo del Agitador de Alto Volumen	1.0
Instructivos	I020-P02-GIV	Manejo del Agitador Dynabeads Mixer (Invitrogen)	1.0
Instructivos	I021-P02-GIV	Manejo del Assurance GDS Rotor Gene Software	1.0
Instructivos	I022-P02-GIV	Manejo del Assurance GDS Vortex Mezclador	1.0
Instructivos	I023-P02-GIV	Manejo del Autoclave Consolidated	1.0
Instructivos	I024-P02-GIV	Manejo del Concentrador de partículas magnéticas DYNAL MPC-6	1.0
Instructivos	I025-P02-GIV	Manejo del concentrador de partículas magnéticas DYNAL MPC-S	1.0
Instructivos	I026-P02-GIV	Manejo del Filtro max Xpress	1.0
Instructivos	I027-P02-GIV	Manejo del Higr-Termómetro Reloj	1.0
Instructivos	I028-P02-GIV	Manejo del Microscopio con Epifluorescencia y DIC Nomarski	1.0
Instructivos	I029-P02-GIV	Manejo del Refrigerador - Congelador UTL	1.0
Instructivos	I030-P02-GIV	Manejo del Vortex	1.0
Instructivos	I031-P02-GIV	Preparación de los Controles de Calidad Método EPA	1.0
Instructivos	I032-P02-GIV	Preparación del control positivo para Salmonella Typhimurium y Listeria monocytogenes	1.0

Instructivos	I033-P02-GIV	Preparación y Formulas de Medios de Cultivo, Reactivos y Soluciones	1.0
Instructivos	I034-P02-GIV	Instructivo para la manipulación de las muestras de aguas y alimentos en el Laboratorio de Salud Pública	2.0
Instructivos	I035-P02-GIV	Instructivo para la preparación y dilución de los homogenizados de las muestras de alimentos	1.0
Instructivos	I036-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Termómetro Trazable Cuatro Alarmas	1.0
Instructivos	I037-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Termómetro Trazable a Prueba de Agua	1.0
Instructivos	I038-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Pipeteador Electrónico	1.0
Instructivos	I039-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Higro-Termómetro con Sonda al Exterior	1.0
Instructivos	I040-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Auxiliar de Pipeteado	1.0
Instructivos	I041-P02-GIV	Instructivo para el Manejo de la Pickpen II 8 Imanes Assurance GDS	1.0
Instructivos	I042-P02-GIV	Instructivo para el Manejo de la Multipipeta Repetidora Plus	1.0
Instructivos	I043-P02-GIV	Instructivo para la Eliminación de Material Contaminado	1.0
Instructivos	I044-P02-GIV	Instructivo para la Semaforización de Insumos, Medios de Cultivo o Reactivos	1.0
Instructivos	I045-P02-GIV	Instructivo Manejo de pH metro 704 METROHM	2.0
Instructivos	I046-P02-GIV	Instructivo Remisión de Muestras para Apoyo a la Vigilancia al INS	1.0
Instructivos	I047-P02-GIV	Instructivo Manipulación y Limpieza del Material Area Fisicoquimica	1.0
Instructivos	I053-P02-GIV	Instructivo para Entrenamiento a Profesionales en el Área Clínica	1.0
Instructivos	I054-P02-GIV	Instructivo para el Destino Final de Muestras	1.0
Instructivos	I056-P02-GIV	Instructivo para el Manejo, Ajuste y Comprobación del Turbidímetro HACH 2100N	2.0
Instructivos	I060-P02-GIV	Instructivo Medidor Multi Parametro Thermo Conductividad	2.0
Instructivos	I063-P02-GIV	Instructivo Uso de la Centrífuga de Grasas	1.0
Instructivos	I064-P02-GIV	Instructivo Uso de Desecador de Muestras	1.0
Instructivos	I065-P02-GIV	Instructivo Uso de Estufa de Secado	2.0
Instructivos	I066-P02-GIV	Instructivo Uso de Mufla	1.0
Instructivos	I067-P02-GIV	Instructivo para el Uso del Termolactodensímetro	1.0
Instructivos	I068-P02-GIV	Instructivo Uso de Baño Maria Fisicoquimica	1.0
Instructivos	I069-P02-GIV	Instructivo de Uso Bureta Digital	2.0
Instructivos	I070-P02-GIV	Instructivo de Uso Micropipetas Automáticas	2.0
Instructivos	I071-P02-GIV	Instructivo de Uso Balanza Analítica Ohaus Adventurer	2.0
Instructivos	I072-P02-GIV	Instructivo para la Programación de la Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo Humano y de Uso Recreativo	1.0
Instructivos	I074-P02-GIV	Instructivo Uso de Termómetro Infrarrojo	2.0
Instructivos	I075-P02-GIV	Instructivo de autoclave Biobase	1.0
Instructivos	I076-P02-GIV	Instructivo de Uso Quanti Tray Sellador	1.0
Instructivos	I077-P02-GIV	Instructivo de Uso Destilador Plus Precisión	1.0
Instructivos	I078-P02-GIV	Instructivo de Uso Incubadora Binder	1.0
Instructivos	I079-P02-GIV	Instructivo de Uso Incubadora Digital DIES	1.0
Instructivos	I080-P02-GIV	Instructivo de Uso Purificador de Agua Milli Q	1.0
Instructivos	I081-P02-GIV	Instructivo de Uso Multiparámetro OAKTON	1.0
Instructivos	I082-P02-GIV	Instructivo de Uso Espectrómetro UVVIS HACH DR 6000	1.0
Instructivos	I083-P02-GIV	Instructivo de Uso POCKET II	1.0

Instructivos	I084-P02-GIV	Instructivo Uso del pHmetro EXTECH	1.0
Instructivos	I085-P02-GIV	Instructivo para la Toma y Preservación de Muestras para el Análisis de Metales en Agua	1.0
Instructivos	I086-P02-GIV	Instructivo Uso de Micropipetas Automáticas Marca ACCUMAX	1.0
Instructivos	I087-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Termómetro Patrón 4 Canales	1.0
Instructivos	I088-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Espectrofotometro de Absorción Atómica V01	1.0
Instructivos	I089-P02-GIV	Instructivo Uso Generador de Hidruros	1.0
Instructivos	I090-P02-GIV	Instructivo Uso de Horno de Grafito	1.0
Instructivos	I091-P02-GIV	Instructivo de Uso Balanza de Precisión Sartorius Entris	1.0
Instructivos	I092-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del pHmetro WTW	1.0
Instructivos	I093-P02-GIV	Instructivo para el Manejo del Módulo de Recepción de Muestras de Aguas y Alimentos	1.0
Instructivos	I094-P02-GIV	Instructivo Software Chromeleon Cromatógrafo De Gases Thermo Trace 1300	1.0
Instructivos	I095-P02-GIV	Instructivo Cromatógrafo De Gases Thermo Trace 1300	1.0
Instructivos	I096-P02-GIV	Instructivo para el Ingreso y Salida del Laboratorio de Biología Molecular	2.0
Instructivos	I097-P02-GIV	Instructivo para el manejo del Vitek V01	1.0
Instructivos	I098-P02-GIV	Instructivo Cabina de Seguridad Microbiológica Clase II Bio II Advance Plus	1.0
Instructivos	I099-P02-GIV	Instructivo para Limpieza y Desinfección del Laboratorio de Biología Molecular	1.0
Protocolo	PRO-R02.014	Protocolo de vigilancia en salud publica de Tuberculosis	1.0
Protocolo	PRO-R02.016	Protocolo de vigilancia en Salud Publica Leishmaniasis	2.0
Protocolo	PRO-R02.017	Protocolo de vigilancia en salud publica de Lepra	1.0
Protocolo	PRO-R02.021	Protocolo de vigilancia en salud pública Malaria	1.0
Protocolo	PRO-R02.032	Protocolo de vigilancia en salud publica de Sífilis Gestacional y congénita	1.0
Protocolo	PRO-R02.053	Protocolo de Vigilancia en Salud Publica de Tuberculosis Farmaco Resistente	00
Formatos	F002-P02-GIV	Rechazo de muestras area atencion a personas	4.0
Formatos	F009-P02-GIV	Formato para Sueros de Serología de Sífilis (VDRL-RPD)	5.0
Formatos	F012-P02-GIV	Control Láminas y Sueros EEID	6.0
Formatos	F013-P02-GIV	Remisión Citologías	3.0
Formatos	F015-P02-GIV	Rutinas de Mantenimiento Purificador de Agua	2.0
Formatos	F018-P02-GIV	Reporte SIVIGILA	3.0
Formatos	F019-P02-GIV	Mapa de Trabajo Métodos ELISA	4.0
Formatos	F024-P02-GIV	Preparación de Reactivos	6.0
Formatos	F029-P02-GIV	Programación Area de Atención a Personas	4.0
Formatos	F030-P02-GIV	Seguimiento al cumplimiento de la Programación EEID	3.0
Formatos	F031-P02-GIV	Formato para Láminas Coloreadas con Gram de Flujo Vaginal y Secreción Uretral	5.0
Formatos	F034-P02-GIV	Resultado TSH Neonatal	2.0
Formatos	F038-P02-GIV	Acta de Toma de Muestras de Agua para Consumo Humano	5.0
Formatos	F039-P02-GIV	Acta de Acompañamiento Toma Muestras de Agua	5.0
Formatos	F040- P02-GIV	Remisión Ofertas de Servicios	7.0
Formatos	F041-P02-GIV	Acta de Toma de Muestras de Agua para uso Recreativo	5.0
Formatos	F042-P02-GIV	Devolución Muestras de Agua para Consumo Humano	2.0

Formatos	F044-P02-GIV	Pasos de transformacion muestra de agua Cryptosporidium y Giardia	4.0
Formatos	F045-P02-GIV	Rutinas de limpieza y desinfección	5.0
Formatos	F047-P02-GIV	Presencia o Ausencia Tiosulfato de Sodio Agua Consumo Humano	3.0
Formatos	F048-P02-GIV	Valoración Técnica y Autorizaciones para el desarrollo de actividades en el Laboratorio de Salud Publica	2.0
Formatos	F049-P02-GIV	Limpieza y Desinfección en el Laboratorio de Salud Publica	4.0
Formatos	F052-P02-GIV	Resultado Análisis Fisicoquímico y Microbiológico de agua fines recreativos (estanques de piscinas y estructuras similares)	5.0
Formatos	F054-P02-GIV	Ficha Técnica de Equipos	5.0
Formatos	F058-P02-GIV	Hoja de Trabajo de Análisis Fisicoquímico de Aguas para Consumo Humano	11.0
Formatos	F059-P02-GIV	Resultado Interno de Análisis Fisicoquímico de Aguas	9.0
Formatos	F060-P02-GIV	Verificación del Funcionamiento de Lavaojos y Duchas de Bioseguridad	3.0
Formatos	F063-P02-GIV	Control de Reactivos Valorados	2.0
Formatos	F064-P02-GIV	Uso Lámpara de Equipos	3.0
Formatos	F065-P02-GIV	Inventario de reactivos e insumos	4.0
Formatos	F066-P02-GIV	Entrega de Insumos	4.0
Formatos	F068-P02-GIV	Calculos Sulfatos por Nefelometria	2.0
Formatos	F070-P02-GIV	Análisis Fisicoquímico de Aguas de Piscina	3.0
Formatos	F072-P02-GIV	Censo de Acueductos	3.0
Formatos	F073-P02-GIV	Censo de Piscinas	2.0
Formatos	F075-P02-GIV	Consolidado Vigilancia de la Calidad del Agua Consumo Humano y Fines Recreativos	4.0
Formatos	F079-P02-GIV	Devolución muestras de alimentos	2.0
Formatos	F080-P02-GIV	Programación General de Alimentos 2015	4.0
Formatos	F081-P02-GIV	Calidad de medios de cultivo y reactivos	2.0
Formatos	F082-P02-GIV	Control Cepas de ATCC	4.0
Formatos	F083-P02-GIV	Lectura de Conductividad y PH en el Agua Desionizada y Destilada Utilizada para la Preparación de Medios de Cultivo y/o Reactivos	5.0
Formatos	F085-P02-GIV	Control de Calidad Laboratorios de Alimentos del Departamento de Caldas	3.0
Formatos	F088-P02-GIV	Control de Esterilización	4.0
Formatos	F089-P02-GIV	Control Absorbancia	2.0
Formatos	F090-P02-GIV	Control de calidad Laboratorios de Aguas del Depto Caldas	3.0
Formatos	F092-P02-GIV	Control de Calidad Técnicas Cualitativas	4.0
Formatos	F093-P02-GIV	Agentes de Limpieza - Desinfección	5.0
Formatos	F094-P02-GIV	Verificación de balanza	6.0
Formatos	F094-P02-GIV	Verificación de Balanza	1.0
Formatos	F095-P02-GIV	Información del analisis de acta de toma de muestras de agua	3.0
Formatos	F097-P02-GIV	Revisión resultados e indicador de oportunidad	4.0
Formatos	F108-P02-GIV	Formato hoja de trabajo	3.0
Formatos	F109-P02-GIV	Informe de Ensayo de Alimentos	8.0
Formatos	F112-P02-GIV	Remisión de muestras alimentos apoyo diagnostico	2.0
Formatos	F113-P02-GIV	Acta de toma y envio de muestras Entomológicas	3.0
Formatos	F114-P02-GIV	Programación envio de muestras Entomológicas	3.0

Formatos	F115-P02-GIV	Resultado Entomologia	3.0
Formatos	F117-P02-GIV	Inventario equipos	3.0
Formatos	F122-P02-GIV	Control de Calidad de VDRL Test (Sífilis)	3.0
Formatos	F123-P02-GIV	Control de Gases Análisis Instrumental	3.0
Formatos	F124-P02-GIV	Curvas de Calibración Equipos y Técnicas Analíticas	3.0
Formatos	F125-P02-GIV	Consolidado Vigilancia de la Calidad de los Alimentos	2.0
Formatos	F127-P02-GIV	F127-P02-GIV Control y Seguimiento de Diligenciamiento de Actas de Toma de Muestras rechazadas V03	3.0
Formatos	F128-P02-GIV	Control de Reprogramación de Muestras	2.0
Formatos	F129-P02-GIV	Programacion Muestras Agua Consumo Humano-Fines Recreativos	3.0
Formatos	F130-P02-GIV	Registro de generacion de Residuos en el LSP	5.0
Formatos	F131-P02-GIV	Calibracion Iones MultiThermo	2.0
Formatos	F132-P02-GIV	Reporte de Verificación de Equipos de Campo	2.0
Formatos	F133-P02-GIV	Ficha de Identificación de Equipo Instrumento Patrón Fuera de Servicio o de Uso	3.0
Formatos	F134-P02-GIV	Identificación y Control Metrológico de Equipo Instrumento Patrón	3.0
Formatos	F135-P02-GIV	Correccion de Lectura	3.0
Formatos	F136-P02-GIV	Captura de Datos Evaluación de la Competencia Técnica	2.0
Formatos	F137-P02-GIV	Lista de verificación de actividades de la competencia técnica	2.0
Formatos	F138-P02-GIV	Seguimiento de la Competencia Técnica	3.0
Formatos	F139-P02-GIV	Informe mensual de la calidad microbiológica y fisicoquímica de los alimentos analizados	2.0
Formatos	F141-P02-GIV	Kárdex para Materiales e Insumos	5.0
Formatos	F142-P02-GIV	Control diario de la conformidad del seguimiento del Producto	2.0
Formatos	F143-P02-GIV	Verificación de la Calibración del pHmetro	5.0
Formatos	F144-P02-GIV	Verificación Curva de Calibración Turbidímetro	2.0
Formatos	F145-P02-GIV	Calibración Turbidímetro HACH 2100N	2.0
Formatos	F146-P02-GIV	Seguimiento de Limpieza al Material Fisicoquímica	3.0
Formatos	F147-P02-GIV	Producción de Agua Destilada-Desionizada Área Fisicoquímica	2.0
Formatos	F148-P02-GIV	Preparación de Soluciones para Limpieza Material Área Fisicoquímica	2.0
Formatos	F149-P02-GIV	Preparación de Medios de Cultivo	3.0
Formatos	F150-P02-GIV	Evaluación Capacitación Externa	2.0
Formatos	F151-P02-GIV	Limpieza y Mantenimiento del Microscopio	3.0
Formatos	F152-P02-GIV	Limpieza y Desinfección de la Incubadora	5.0
Formatos	F154-P02-GIV	Evaluación externa indirecta del desempeño en citología de cuello uterino programación solicitud citologías	3.0
Formatos	F155-P02-GIV	Verificación Curva de Calibración Conductímetro	3.0
Formatos	F156-P02-GIV	Curva de Calibración para Fluor y Yodo (ION ESPECIFICO)	2.0
Formatos	F157-P02-GIV	Resultado de Analisis de Parametros Especiales Fisicoquimica	2.0
Formatos	F159-P02-GIV	Verificación de transcripción de resultados e indicador de oportunidad para Aguas de consumo humano y fines recreativos.	4.0
Formatos	F160-P02-GIV	Plan de Control Metrológico	5.0
Formatos	F161-P02-GIV	Control de Temperatura y Humedad	8.0

Formatos	F162-P02-GIV	Registro de Resultados Analisis Fisicoquimico de Leche	3.0
Formatos	F163-P02-GIV.	Registro de Resultados de Analisis Fisicoquimico de Panela	5.0
Formatos	F164-P02-GIV	Registro Calculos Fisicoquimicos Interno de Harinas	6.0
Formatos	F165-P02-GIV	Registro Calculos Fisicoquimicos de Cárnicos	3.0
Formatos	F166-P02-GIV	Determinacion de Sulfatos en agua por Turbidimetria.	2.0
Formatos	F167-P02-GIV	Control de Calidad Interno Citologia de Cuello Uterino	3.0
Formatos	F168-P02-GIV	Registro Diario Coloración de Papanicolaou	3.0
Formatos	F169-P02-GIV	Devolución de Muestras de E.T.V.	2.0
Formatos	F170-GIV-P02.	Registro de resultados Analisis fisicoquimico de refrescos	4.0
Formatos	F171-P02-GIV	Cálculos Fisicoquímicos de Leche en Polvo	3.0
Formatos	F172-P02-GIV	Cálculos Fisicoquímicos de Queso	3.0
Formatos	F173-P02-GIV	Registro de Resultados Fisicoquímicos de Crema de Leche	3.0
Formatos	F174-P02-GIV	Registro de Resultados Análisis Fisicoquímicos de Arequipe	3.0
Formatos	F175-P02-GIV	Registro de Análisis Fisicoquímicos de Leche Condensada	3.0
Formatos	F176-P02-GIV	Verificación del Termolactodensímetro	2.0
Formatos	F177-P02-GIV	Control de Reactivos e Insumos Área Fisicoquímica	2.0
Formatos	F178-P02-GIV	Recepción de Citologías de Cérvix	1.0
Formatos	F179-P02-GIV	Registro Ingreso Personal Externo al Laboratorio	1.0
Formatos	F180-P02-GIV	Registro de Resultados Análisis Fisicoquímico de Sal para Consumo Humano	2.0
Formatos	F181-P02-GIV	Plan de verificación métodos de ensayo	2.0
Formatos	F182-P02-GIV	Registro de Datos Verificación de Técnica Microbiología de Aguas y Alimentos	1.0
Formatos	F183-P02-GIV	Informe de Verificación de Métodos de Ensayo en el Laboratorio	1.0
Formatos	F184-P02-GIV	Control de Precisión Duplicado de Muestras Microbiológicas	2.0
Formatos	F185-P02-GIV	Captura de Datos Evaluación Técnica Área de Microbiología	1.0
Formatos	F186-P02-GIV	Planificación Aseguramiento de la Validez de Resultados Ensayo	2.0
Formatos	F187-P02-GIV	Estimación de Incertidumbre Métodos Microbiológicos	3.0
Formatos	F188-P02-GIV	Historial de Intervenciones Metrológicas	1.0
Formatos	F189-P02-GIV	Revisión de Certificados de Intervenciones Metrológicas	3.0
Formatos	F190-P02-GIV	Registro de Cepas de Referencia	1.0
Formatos	F191-P02-GIV	Control de Ambientes y Superficies	4.0
Formatos	F192-P02-GIV	Control Blanco de Reactivos Microbiología	3.0
Formatos	F193-P02-GIV	Verificación Lavado Material Microbiología	4.0
Formatos	F194-P02-GIV	Declaración de Independencia, Imparcialidad Confidencialidad e Integridad	2.0
Formatos	F195-P02-GIV	Evaluación de Proveedores	1.0
Formatos	F196-P02-GIV	Porcentaje de Concordancia entre Muestras	1.0
Formatos	F197-P02-GIV	Evaluación Técnica de Selección Proveedores	2.0
Formatos	F198-P02-GIV	Verificación de Suministros, Materiales y Reactivos	3.0
Formatos	F199-P02-GIV	Recepción, Especificaciones Técnicas y Metrológicas de Equipos	1.0
Formatos	F200-P02-GIV	Recepción de Servicios de Intervenciones Metrológicas dentro del Laboratorio	2.0
Formatos	F201-P02-GIV	Solicitud de Análisis Ofertados por el Laboratorio de Salud Pública	1.0

Formatos	F202-P02-GIV	Propuesta de Análisis Ofertados por el Laboratorio de Salud Pública	6.0
Formatos	F203-P02-GIV	Hoja de Trabajo de Ensayo Microbiología de Aguas	7.0
Formatos	F204-P02-GIV	Informe de Ensayo de la Calidad del Agua para Consumo Humano IRCA por Muestra	5.0
Formatos	F205-P02-GIV	Informe de Análisis de Vigilancia	2.0
Formatos	F206-P02-GIV	Informe de Resultados de Evaluación Externa Indirecta del Desempeño	2.0
Formatos	F207-P02-GIV	Verificación Material Volumétrico	1.0
Formatos	F208-P02-GIV	Períodos de Calibración de Equipos Laboratorio	1.0
Formatos	F209-P02-GIV	Evaluación Externa Indirecta de Desempeño EEDI Baciloscopia de Lepra	2.0
Formatos	F210-P02-GIV	Evaluación Externa Indirecta de Desempeño Tuberculosis	1.0
Formatos	F211-P02-GIV	Evaluación Externa Indirecta de Desempeño Leishmaniasis	2.0
Formatos	F212-P02-GIV	Evaluación Externa Indirecta de Desempeño Malaria	2.0
Formatos	F213-P02-GIV	Matriz de Criticidad Metrológica	2.0
Formatos	F214-P02-GIV	Plan de Entrenamiento Técnico	1.0
Formatos	F215-P02-GIV	Plan para el Fortalecimiento de Competencias Técnicas en el Laboratorio	1.0
Formatos	F216-P02-GIV	Análisis Calificación Técnica para la Realización de Ensayos	1.0
Formatos	F217-P02-GIV	Rótulo Muestras de Aguas	2.0
Formatos	F218-P02-GIV	Control Uso de Cabinas y Lámparas Ultravioleta	3.0
Formatos	F219-P02-GIV	Carta de Control de Estándares	4.0
Formatos	F220-P02-GIV	Control Ac Positivos	1.0
Formatos	F221-GIV-P02	Acuerdo de Confidencialidad y de no Divulgación de Información Visitantes y/o Proveedores	2.0
Formatos	F222-P02-GIV	Verificación Intermedia de Temperatura a Equipos del Laboratorio	1.0
Formatos	F223-P02-GIV	Control de Entrega Resultados de Análisis Microbiológico y Fisicoquímico	3.0
Formatos	F224-P02-GIV	Hoja de Cálculo para Valor de Incertidumbre	2.0
Formatos	F225-P02-GIV	Códigos y Asignación de Firmas de Analistas del Laboratorio de Salud Pública	1.0
Formatos	F226-P02-GIV	Entrega y Disposición de Residuos Peligrosos	2.0
Formatos	F227-P02-GIV	Informe de Ensayo de Agua Envasada	2.0
Formatos	F228-P02-GIV	Control de Entrega de Muestras	2.0
Formatos	F229-P02-GIV	Carta de Control Duplicados	3.0
Formatos	F230-P02-GIV	Carta de Control Fortificados	3.0
Formatos	F231-P02-GIV	Hoja de Seguimiento del Proceso de Biología Molecular	5.0
Formatos	F232-P02-GIV	Hoja de Trabajo RT-qPCR COVID-19	3.0
Formatos	F233-P02-GIV	Captura Datos Verificación de Métodos	3.0
Formatos	F234-P02-GIV	Banco de Muestras	2.0
Formatos	F235-P02-GIV	Capacidad Diagnóstica COVID-19	2.0
Formatos	F237-P02-GIV	Ingreso Muestras COVID-19 al laboratorio	2.0
Formatos	F238-P02-GIV	Control de Toma de Muestras COVID-19	1.0
Formatos	F239-P02-GIV	Control de Pruebas Diagnósticas SARS-CoV2	1.0
Formatos	F240-P02-GIV	Inventario Lavado de Material	2.0
Formatos	F241-P02-GIV	Rotulado de Muestras de Alimentos	1.0
Formatos	F242-P02-GIV	Pruebas de Desempeño Medios de Cultivo	1.0

Formatos	F243-P02-GIV	Verificación de Lecturas de Equipo Medidor de CLORO y pH	1.0
Formatos	F244-P02-GIV	Pruebas de Esterilidad Bolsas Quanti-Tray y de Rendimiento Sellador Quanti-Tray	1.0
Formatos	F245-P02-GIV	Informe de Confirmación de Aislamiento V1	1.0
Formatos	F246-P02-GIV	Control de Limpieza y Desinfección para Biología Molecular V01	1.0
Formatos	F247-P02-GIV	Preparación de Soluciones y/o Reactivos para Trabajo del Área Molecular	1.0
Formatos	F248-P02-GIV	Remisión de Muestras EED	1.0
Formatos	F249-P02-GIV	Control Consumo de Reactivos e Insumos	1.0
Formatos	F250-P02-GIV	Declaración Conflicto de Interés	1.0
Formatos	F251-P01-GIV	Control de Rutinas de Servicios Generales en el LSP 2021	1.0
Formatos	F253-P02-GIV	Seguimiento Muestras Rechazadas Laboratorio de Biología Molecular	1.0
Formatos	F254-P02-GIV	Rechazo de Muestras Área de Biología Molecular V01	1.0
Formatos	F255-P02-GIV	Kárdex para Materiales e Insumos de Biología Molecular V01	1.0
Formatos	F256-P02-GIV	Evaluación externa del desempeño directa EED de baciloscopia de tuberculosis	1.0
Formatos	F257-P02-GIV	Evaluación de la Percepción del Cliente Interno del Laboratorio de Salud Pública	2.0
Formatos	F258-P02-GIV	Registro de Resultados Análisis Fisicoquímico de Miel de Abejas	1.0
Formatos	F260-P02-GIV	Inspección al Uso y Estado de los EPP	1.0
Formatos	F261-P02-GIV	Informe de Análisis de Ensayos	2.0
Formatos	F262-P02-GIV	Evaluación de la Capacitación o Entrenamiento en el Laboratorio de Salud Pública	1.0
Formatos	F263-P02-GIV	Resultado Interno de Análisis Fisicoquímico de Agua Potable Tratada Envasada	1.0
Formatos	F264-P02-GIV	Evaluación de desempeño y competencias en el Laboratorio de Salud Pública	1.0
Programa	P001-P02-GIV	PGRIS Laboratorio	2.0
Anexo	Anexo 1	Listado maestro documentos externos impresos-Actualización sep 20	1.0
Guía	G001-P02-GIV	Determinación de parámetros IN-SITU en aguas para Consumo Humano	3.0
Guía	G002-P02-GIV	Guía para el control microbiológico ambiental	1.0
Guía	G003-P02-GIV	Guía para el Recuento de esporas Clostridium Sulfito Reductor	2.0
Guía	G004-P02-GIV	Guía para el recuento de Estafilococo coagulasa positiva	2.0
Guía	G005-P02-GIV	Guía para el Recuento de Microorganismos Mesófilos Aerobios	2.0
Guía	G006-P02-GIV	Guía para el Recuento de Mohos y Levaduras	2.0
Guía	G007-P02-GIV	Guía para la Detección de Giardia y Cryptosporidium en Agua por Filtración IMS-FA	2.0
Guía	G008-P02-GIV	Guía para la Detección de Pseudomona aeruginosa en agua de piscina y agua envasada	2.0
Guía	G009-P02-GIV	Guía para la Determinación de Bacillus Cereus	2.0
Guía	G010-P02-GIV	Guía para la Determinación de Listeria Monocytogenes	2.0
Guía	G011-P02-GIV	Guía para la determinación de Listeria monocytogenes Tq	2.0
Guía	G012-P02-GIV	Guía para la Determinación de Salmonella Tq	2.0
Guía	G013-P02-GIV	Guía para la Determinación de Salmonella	2.0
Guía	G014-P02-GIV	Guía para la determinación de Vibrio cholerae	2.0
Guía	G015-P02-GIV	Guía para la reconstitución, conservación, recuperación y utilización de cultivos de material de referencia	2.0

Guía	G016-P02-GIV	Guía para para el control de autoclaves (Bioindicador)	1.0
Guía	G017-P02-GIV	Guía para la determinación de Coliformes Totales y Escherichia Coli en Alimentos Simplate	2.0
Guía	G019-P02-GIV	Guía de Digitación y Reporte al Cliente de los Informes de Ensayos	8.0
Guía	G020-P02-GIV	Guía de Gestión Metrológica en el Laboratorio de Salud Pública	3.0
Guía	G021-P02-GIV	Guía Lavado de Material, Limpieza y Desinfección en el Laboratorio de Salud Pública	5.0
Guía	G022-P02-GIV	Guía para el aseguramiento de la competencia técnica del personal del laboratorio	10.0
Guía	G023-P02-GIV	Guía de Determinación de Turbiedad en Agua	4.0
Guía	G024-P02-GIV	Guía para Recepción, Registro y Manejo de Muestras para Vigilancia	4.0
Guía	G025-P02-GIV	Guía para la Eliminación de Residuos	1.0
Guía	G028-P02-GIV	Guía de Toma y Envío de Muestras Vigilancia Epidemiológica	1.0
Guía	G029-P02-GIV	Guía para Recepción y Registro de Muestras EEID	1.0
Guía	G030-P02-GIV	Guía para Diagnóstico de Virus Respiratorio	2.0
Guía	G031-P02-GIV	Guía de Determinación de pH en Agua	5.0
Guía	G032-P02-GIV	Toma , preservación y envío de muestras de agua para Consumo Humano y Fines Recreativos	3.0
Guía	G033-P02-GIV	Determinación de Conductividad en Agua	3.0
Guía	G034-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de la Panela	3.0
Guía	G035-P02-GIV	Guía análisis de Coliformes Totales y Escherichia Coli en Aguas	5.0
Guía	G036-P02-GIV	Guía Determinación de Cloro Residual Libre	3.0
Guía	G037-P02-GIV	Guía para la Determinación de Color	5.0
Guía	G038-P02-GIV	Guía Determinación de Dureza al Calcio	3.0
Guía	G039-P02-GIV	Guía Determinación de Dureza Total	3.0
Guía	G040-P02-GIV	Guía Determinación de Fosfatos	2.0
Guía	G041-P02-GIV	Guía Determinación de Cloruros	3.0
Guía	G042-P02-GIV	Guía Determinación de Sulfatos en agua por Espectrofotometría	2.0
Guía	G043-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Harina de Trigo	2.0
Guía	G044-P02-GIV	Guía Determinación de Sulfatos en Agua por Turbidimetria	2.0
Guía	G045-P02-GIV	Toma y Transporte de Muestras de Alimentos	5.0
Guía	G046-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Derivados Cárnicos	2.0
Guía	G047-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Refrescos	2.0
Guía	G048-P02-GIV	Guía Determinación de Hierro en Agua Potable por Espectrofotometria	2.0
Guía	G049-P02-GIV	Guía Determinación de Hierro en Agua Potable por 1-10 Fenantrolina	2.0
Guía	G050-P02-GIV	Guía Determinación de Nitritos en Aguas	7.0
Guía	G051-P02-GIV	Guía Determinación de Carbono Orgánico Total en Aguas	2.0
Guía	G052-P02-GIV	Guía de Determinación de Flúor en Forma de Fluoruro en Aguas	4.0
Guía	G053-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Leche en Polvo	2.0
Guía	G054-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Queso	3.0
Guía	G055-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Crema de Leche	3.0
Guía	G056-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Arequipe y Leche Condensada	3.0
Guía	G057-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Leche	2.0

Guía	G058-P02-GIV	Guía Evaluación Externa Indirecta de Calidad (EEID) en Citología de Cuello Uterino	2.0
Guía	G059-P02-GIV	Guía de Verificación de Métodos Microbiológicos de Ensayo	2.0
Guía	G060-P02-GIV	Guía Instalaciones y Condiciones Ambientales	4.0
Guía	G061-P02-GIV	Guía Revisión de Pedidos, Ofertas y Contratos	5.0
Guía	G062-P02-GIV	Guía Aseguramiento de la Validez de Resultados de Ensayo	9.0
Guía	G063-P02-GIV	Guía para la Adquisición de Productos y Servicios Requeridos en el Laboratorio de Salud Pública	2.0
Guía	G064-P02-GIV	Guía para la Determinación de Ag/Ab VIH	1.0
Guía	G065-P02-GIV	Guía para la Determinación de HEPATITIS C	1.0
Guía	G066-P02-GIV	Guía para la Determinación de TSH NEONATAL	1.0
Guía	G067-P02-GIV	Guía para la Determinación de DENGUE	1.0
Guía	G068-P02-GIV	Guía para la Determinación de TOXOPLASMA IgM	1.0
Guía	G069-P02-GIV	Guía para la Determinación de CHAGAS	1.0
Guía	G070-P02-GIV	Guía para la Determinación de TOXOPLASMA G	2.0
Guía	G071-P02-GIV	Guía para la Determinación de HEPATITIS B	1.0
Guía	G072-P02-GIV	Guía de Determinación de Alcalinidad Total	4.0
Guía	G073-P02-GIV	Guía de Verificaciones Intermedias en el Laboratorio	1.0
Guía	G074-P02-GIV	Guía de Validación Verificación de Métodos de Ensayo	1.0
Guía	G075-P02-GIV	Guía para el Análisis de Cobre por Absorción Atómica V01	1.0
Guía	G076-P02-GIV	Guía para el Análisis de Aluminio por Absorción Atómica	1.0
Guía	G077-P02-GIV	Guía para el Análisis de Arsénico por Absorción Atómica	1.0
Guía	G078-P02-GIV	Guía para el Análisis de Plomo por Absorción Atómica	1.0
Guía	G079-P02-GIV	Guía para el Análisis de Zinc por Absorción Atómica	1.0
Guía	G080-P02-GIV	Guía para el Análisis de Mercurio por Absorción Atómica	1.0
Guía	G081-P02-GIV	Guía para la Determinación de Tuberculosis - Baciloscopia V01	1.0
Guía	G082-P02-GIV	Guía de Determinación de Nitratos en Aguas	2.0
Guía	G083-P02-GIV	Guía de Determinación de Sólidos Totales en Aguas	1.0
Guía	G084-P02-GIV	Guía para la detección de SARS-CoV-2 por RT-qPCR V01	4.0
Guía	G085-P02-GIV	Guía para EEID de Leishmania	2.0
Guía	G086-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico de Sal para Consumo Humano	1.0
Guía	G087-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico Bebidas Alcohólicas Destinadas para Consumo Humano.	1.0
Guía	G088-P02-GIV	Guía para Control de Ciclo Diagnóstico de muestras para análisis de SARS-CoV2	1.0
Guía	G089-P02-GIV	Guía para la Identificación Taxonómica de Culícidos	2.0
Guía	G090-P02-GIV	Guía para la Captura del Género Aedes en Campo	1.0
Guía	G091-P02-GIV	Guía de Pruebas biológicas de susceptibilidad para el mosquito vector del dengue Aedes aegypti en larvas según metodología OMS y adultos CDC	2.0
Guía	G092-P02-GIV	Guía para la Toma de Muestra Domiciliaria COVID	1.0
Guía	G093-P02-GIV	Guía Análisis Fisicoquímico Miel de Abejas	1.0
Guía	G094-P02-GIV	Guía para el Análisis de Láminas Coloreadas con Gram V01 (2)	1.0
Guía	G095-P02-GIV	Guía para la Evaluación Externa Indirecta del Desempeño de Malaria V01	1.0

Guía	G096-P02-GIV	Guía para la Determinación de Sífilis	1.0
Guía	G097-P02-GIV	Plan de Muestreo para Vigilancia de Aguas y Alimentos de Riesgo para Consumo en el Departamento de Caldas	2.0
Guía	G098-P02-GIV	Guía Recepción Análisis y Liberación de Resultados de Muestras Entomológicas	1.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Programación de toma de muestras	Profesionales del Laboratorio	Las Bacteriólogas encargadas de los programas de Atención a las personas, realizan la planeación al inicio del año del número de muestras a recepcionar de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y las necesidades de vigilancia del departamento. Se notifica de esta programación a los laboratorios de la red departamental a través de oficios en los que se explica el modo de participación y colaboración en la vigilancia de enfermedades de interés en Salud Pública, así como las precauciones para el embalaje y entrega de las muestras. Para la programación de muestras de aguas y alimentos en Atención al ambiente, se realiza una programación en donde se especifica de acuerdo a la población por municipio el número de muestras a recibir para análisis. La programación es entregada a los técnicos de saneamiento y a los coordinadores.	Programación EEID (evaluación externa, interna del desempeño). Programación solicitud de citologías Programación análisis microbiológico alimentos Programación paneles Programación sal, harinas y refrescos. Programación análisis físicoquímico y microbiológico aguas para consumo humano
3. Recepción de Muestras	Auxiliares de Laboratorio	Las muestras son recibidas por la auxiliar de laboratorio asignada para tal función en las áreas de atención a las personas y atención al ambiente. Se verifica los criterios de recepción y si la muestra cumple se le asigna número de radicado para su trazabilidad durante el procesamiento y liberación. Si no cumple se realiza devolución dejando registro de la causa o criterio que justifique la acción.	Libro de recepción de muestras Libro de recepción de muestras remitidas al Ins Libro recepción de muestras de aguas Libro recepción de muestras de alimentos y bebidas alcohólicas Rechazo de muestras Rechazo de muestras de TSH neonatal Devolución de muestras de agua para consumo humano Devolución de muestras de alimentos
4. Procesamiento de Muestras	Profesionales del Laboratorio	Las muestras son transportadas a las áreas de procesamiento respectivas, en donde las profesionales de acuerdo a la garantía de calidad de la muestra, el tiempo de análisis y la oportunidad de liberación ejecutan el análisis de acuerdo a su competencia y autorización. Para el procesamiento, se hace uso de equipos de laboratorio, preparación de medios y reactivos y se realiza el montaje de controles para la confiabilidad de los resultados.	Insertos casas comerciales Instructivos de Trabajo Instructivos de Equipos, (Ver manuales técnicos de Atención a las personas y Atención al ambiente) Libro de trabajo interno.
5. Liberación de resultados	Profesionales del Laboratorio, Auxiliares Administrativas	Los parámetros evaluados son reportados a través del formato de resultados correspondiente al tipo de muestra, en donde se consigna el valor leído en el laboratorio y el rango de aceptación de la normatividad legal vigente o la referencia autorizada y normalizada. Los resultados son firmados por las analistas y entregados a las auxiliares administrativas, quienes consignan el reporte en los sistemas de información para cada campo (alimentos, aguas, enfermedades de interés en salud Pública) y quienes finalmente entregan el resultados a los clientes. Los resultados son digitados por las auxiliares administrativas, motivo por el cual, antes de la emisión, las profesionales realizan filtro de revisión y corrección.	Libro de entrega de resultados Resultados Revisión resultados análisis microbiológico de alimentos

6. Medición y mejora del procedimiento	Equipo de Calidad - Equipo del Laboratorio	Se aplica la evaluación de la satisfacción del cliente, se verifica el cumplimiento de indicadores y se toman las acciones respectivas.	Encuesta Acciones correctivas, preventivas y de mejora
7.			

Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO
SANCIONATORIO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		
	Proceso: GESTIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL		
	Procedimiento: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO		
	Código	P03-GIV	
		Fecha	2021-12-13
		Versión	6.0

Objetivo

Establecer los lineamientos necesarios para adelantar las investigaciones administrativas derivadas de las acciones de inspección, vigilancia y control, que de acuerdo con las competencias deben ser resueltas o adelantadas por la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Responsable

Subdirector Jurídico, Equipo de investigaciones administrativas

Alcance

Inicia con la recepción del acta de IVC y termina con la constancia de ejecutoria, archivo del proceso o envío a Cobro coactivo en caso del no pago de la sanción pecuniaria.

Generalidades

En el cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, las diferentes autoridades administrativas están facultadas para iniciar procesos sancionatorios contra particulares - ya sean personas naturales o jurídicas- orientados a establecer si la acción u omisión del particular ha infringido la normatividad que la regula y en consecuencia determinar si es procedente o no imponer las sanciones contempladas para la respectiva infracción; sanciones que pueden variar entre una simple amonestación hasta la imposición de multas pecuniarias, incluso, en los casos de violación a las normas sanitarias, al cierre del establecimiento de comercio.

Los procesos administrativos sancionatorios deben sujetarse a lo previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo el cual consagra los principios que regulan la actuación administrativa, en especial al debido proceso.

Para dar inicio a la apertura del proceso administrativo, los responsables de inspección, vigilancia y control deberán allegar a la Subdirección Jurídica el acta debidamente firmada por las partes y los soportes que correspondan según el caso. Para lo referente a actividades de IVC derivadas de queja deberán allegar la resolución por la cual se comisionó la realización de la visita y la respectiva queja.

El incidente de nulidad se puede interponer en cualquier momento del proceso, para esto el abogado designado contará con 30 días a partir de la radicación del incidente para resolverlo.

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Remisión de soportes de IVC	Responsable asignado en cada subdirección	El responsable asignado de cada subdirección remite el acta o informe de IVC con sus anexos a través del modulo de proceso sancionatoria para ser revisado y recepcionado. Actividad que deberá desarrollar a mas tardar durante los quince días siguientes a la terminación de la visita.	Acta o informe de IVC y anexos. Registro de la actividad en el modulo procedimiento administrativo sancionatorio
2. Recepción del Acta de IVC	Abogado referente de procedimiento sancionatorio	El abogado responsable de procedimiento Administrativo Sancionatorio en el termino de 2 días a partir del envío de la documentación, recepciona la información, verificando que se encuentre el acta o informe de IVC y que en este se encuentre expreso la remisión a proceso administrativo sancionatorio. si cumple con estos criterios realiza la asignación del abogado responsable de aperturar el proceso teniendo en cuenta el volumen de asignación. Para el caso que no se cumpla se realiza devolución para que efectúen las correcciones o rechazo si no hay merito para iniciar proceso administrativo.	Acta o informe de IVC y anexos. Asignación, devolución o rechazo a través del modulo de procedimiento administrativo sancionatorio.
3. Apertura del procedimiento administrativo sancionatorio y formulación de cargos	Subdirector Jurídico - Abogado externo - Director general	<p>El abogado responsable revisa la documentación recibida en un término no mayor de quince(15) con el fin de determinar si hay mérito para apertura el proceso administrativo sancionatorio, de acuerdo con la normatividad vigente para el tema de la referencia.</p> <p>En caso de que la documentación no cumpla, serán devuelta a través del SIG, quien tendrá 15 días para entregarla nuevamente al abogado responsable del proceso, quien, en caso de persistir las inconsistencias, propenderá por la solución conjunta sin que opere nuevamente una devolución.</p> <p>Una vez se tiene certeza de los hechos materia de investigación, el abogado asignado, proyecta el acto administrativo mediante el cual se apertura el procedimiento administrativo sancionatorio y se formulan cargos.</p> <p>Para esta actividad el abogado asignado del proceso, cuenta máximo con 6 meses a partir de la asignación, en caso de devoluciones el termino iniciará a partir de la fecha de la corrección de las inconsistencias.</p> <p>El acto se remite para revisión y firma al abogado responsable del procedimiento administrativo sancionatorio y posteriormente al subdirector jurídico, quienes tendrá 5 días para su firma. Una vez revisado se remite a la secretaria de Dirección General para suscripción por el Director General y respectiva numeración, quien tendrá 5 días. Firmado y numerado el acto la secretaria de Dirección General le entrega al técnico de apoyo para que continúe con el trámite de notificación.</p>	Oficio de devolución resolución mediante la cual se apertura el procedimiento administrativo sancionatorio y se formulan cargos

Dirección Territorial de Salud de Caldas - Procedimiento: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO
SANCIONATORIO

4. Notificación de la apertura del Procedimiento Administrativo Sancionatorio y formulación de cargos	Técnico de apoyo - Subdirector delegado	<p>El técnico de apoyo proyecta la citación para notificar la resolución que dio apertura al proceso y la formulación de cargos, gestiona la firma del subdirector delegado para la notificación y posteriormente envía la citación por correo electrónico autorizado o correo certificado o mensajería expresa, para este caso dejando constancia de la entrega a ventanilla única en la copia de la citación, lo cual deberá realizarlo en un término de diez (10) días para que el investigado comparezca a la DTSC a la diligencia de notificación en un termino de 5 días a partir de la entrega de la citación, en aras de notificar personalmente el acto administrativo. Esta notificación se realiza mediante acta, la cual es diligenciada por el técnico de apoyo responsable del proceso.</p> <p>Los diez (10) días estarán distribuidos así:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión y firma de abogado referente del área: 1 día -VoBo Subdirector jurídico: 2 días -Firma y número de resolución Director General: 3 días -Proyección de oficio de notificación personal por el técnico de archivo y envío al subdirector encargado: 1 día -Firma digital por parte del subdirector encargado: 2 días -Tramite de envío por parte del técnico de archivo: 1 día <p>En caso de no comparecencia o devolución, de manera inmediata, el abogado responsable, notifica el acto de la siguiente manera:</p> <p>a. Notificación por aviso: se proyecta oficio para remitir la copia del acto administrativo y posteriormente se envía el aviso por correo certificado o mensajería expresa, dejando constancia de la entrega a ventanilla única en la copia del aviso.</p> <p>b. Notificación por publicación: En caso de que se desconozca el domicilio del interesado o la dirección donde se envió la citación no corresponda, se remite el aviso con copia íntegra del acto administrativo en archivo PDF, al administrador de la pagina web, para su publicación; adicionalmente se publica en la cartelera institucional por el término que se determine en la Ley, con la advertencia de que la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso. La publicación de la notificación tendrá una duración de 5 días.</p> <p>Nota: El investigado contará con los términos legales para presentar los descargos respectivos los cuales son radicados en ventanilla única. Contra el Acto administrativo de apertura no procede recurso alguno.</p>	Cita ción de Notificación personal radicada - Acta Notificación personal por aviso - Oficio de notificación radicado por aviso Constancia de publicación
5. Decreto de practica pruebas	El abogado responsable del proceso Director o Subdirector delegado	<p>Las pruebas podrán decretarse de oficio o a solicitud de parte, según el procedimiento que aplique al caso, bien sea general o especial.</p> <p>El abogado responsable del proceso tendrá 3 meses a partir de la solicitud, para proyectar el acto administrativo mediante el cual se decretan la practica de pruebas, acto que será expedido por el Director o el Subdirector delegado para el efecto.</p> <p>La Notificación del acto se realiza de acuerdo a los parámetros establecidos en la actividad No. 4 de este procedimiento</p>	Auto de decreto de pruebas Notificación por Estado Oficio radica Guía de envío
6. Práctica de pruebas	El abogado responsable del proceso Director o Subdirector delegado	Una vez notificado el acto, el abogado responsable del proceso y el Director o el Subdirector delegado, proceden a la práctica de pruebas, en el termino establecido en el decreto de practica de pruebas, el cual no podrá exceder el termino previsto en la Ley.	Pruebas

Dirección Territorial de Salud de Caldas - Procedimiento: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO
SANCIONATORIO

7. Alegatos Finales	Director o Subdirector delegado Abogado Responsable Técnico Jurídico	El abogado responsable del proceso, contará con el término de 3 meses, para proyectar el acto administrativo mediante el cual se concede un termino al investigado para que presente los alegatos, acto que deberá ser firmado por Director o el Subdirector delegado para el efecto y notificado de acuerdo con los parámetros establecidos en la actividad No. 4 de este procedimiento	Alegatos Finales Citación de Notificación personal radicada - Acta Notificación personal por aviso - Oficio de notificación radicado por aviso Constancia de publicación Guía de envío
8. Expedición del acto administrativo definitivo	Subdirector Jurídico Abogado Responsable del proceso Director general	El abogado responsable del proceso, contará con el termino de 6 meses para proyectar el acto administrativo definitivo, determinando el tipo de terminación. Adicionalmente a los contenidos legales, el Acto deberá definir un termino límite igual a 15 días hábiles contados a partir de la ejecutoria. Para facilitar el control de los pagos generados, en el acto se deberá especificar que la consignación del pago debe contener el nombre o razón social del ejecutado y el número de identificación. El acto se remite a la secretaria de la Subdirección Jurídica para que sea revisado y firmado por el Subdirector Jurídico, quien tendrá 5 días para su firma, posteriormente se remite a la secretaria de Dirección General para suscripción por Director General y respectiva numeración, quien tendrá 2 días. Firmado y numerado el acto la secretaria de Dirección General le entrega al abogado responsable para que continúe con el tramite de notificación. Nota: la Notificación se realiza de acuerdo a los parámetros establecidos en la actividad No. 5 de este procedimiento. Contra el acto administrativo definitivo, procede el recurso de reposición, el cual deberá ser instaurado dentro de los términos establecidos por Ley, ante el funcionario que expidió el acto. El recurso de reposición será radicado en la ventanilla única, de donde se remitirá a la Subdirección Jurídica para su trámite.	Acto Administrativo Definitivo Citación de Notificación personal radicada - Acta Notificación personal por aviso - Oficio de notificación radicado por aviso Constancia de publicación
9. Acto que resuelve el recurso de reposición	Subdirector Jurídico - Abogado responsable del Proceso Director General	Una vez recibido el Recurso de Reposición, el abogado responsable del proceso, contará con 6 meses para proyectar el acto que resuelve dicho recurso. El acto se remite a la secretaria de la Subdirección Jurídica para que sea revisado y firmado por el Subdirector Jurídico, quien tendrá 5 días para su firma, posteriormente se remite a la secretaria de Dirección General para suscripción por Director General y respectiva numeración, quien tendrá 2 días. Firmado y numerado el acto la secretaria de Dirección General le entrega al abogado responsable para que continúe con el tramite de notificación. Nota: la Notificación se realiza de acuerdo a los parámetros establecidos en la actividad No. 4 de este procedimiento.	Acto que resuelve el recurso de Reposición Acta Notificación personal por aviso Oficio de notificación radicado por aviso Constancia de publicación
10. Constancia de ejecutoria	Subdirector delegado - Técnico de Apoyo	Una vez ejecutoriado el Acto Administrativo, el abogado responsable del proceso debe expedir la constancia de ejecutoria o estampar el sello en el acto administrativo que presta merito ejecutivo. El técnico de apoyo tendrá ocho (8) días para proyectar dicha constancia o estampar el sello de ejecutoria y remitir al abogado responsable del proceso para revisión, quien tendrá dos (2) días para devolverla debidamente firmada el técnico de apoyo, quien realizar las gestiones pertinentes para la firma del subdirector que corresponda, archivo y/o reporte a tesorería.	Constancia de ejecutoria
11. Hay sanción pecuniaria?			

Dirección Territorial de Salud de Caldas - Procedimiento: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO
SANCIONATORIO

12. Remisión a tesorería	Técnico de apoyo	<p>Cuando el acto administrativo mediante el cual se impone una sanción pecuniaria se encuentre ejecutoriado, el técnico de apoyo, procede a reportar a través del modulo de procedimiento administrativo sancionatorio el titulo y la constancia o el sello de ejecutoria al responsable de tesorería con el fin de verificar el pago según el termino establecido.</p> <p>Adicionalmente una vez al mes el abogado responsable del procedimiento administrativo sancionatorio y el técnico de apoyo verifica en conjunto con tesorería los actos ejecutoriados y si estos han sido cancelados en los 15 días otorgados para el pago, de lo contrario realizar la remisión a contabilidad y cobro coactivo para gestión como una cuenta por cobrar.</p>	Remisión de proceso a tesorería, contabilidad y cobro según el caso a través del modulo procedimiento administrativo sancionatorio.
13. Archivo del proceso según TRD	Técnico de apoyo	Una vez generada la constancia ejecutoria, se procede a archivar y custodiar el expediente de acuerdo con las tablas de Retención Documental	Expediente
14.			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

Copia no controlada

 <small>Dirección Territorial de Salud de Caldas</small>	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código	GPS
		Fecha	2019-09-17
		Versión	2.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
-------------	----------	-------	------------

Objetivo

Garantizar la prestación de servicios de salud individual y colectiva competencia de la DTSC, de acuerdo con los parámetros normativos establecidos.

Responsable

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública

Alcance

Inicia de desde la identificación de necesidades de prestación de servicios de salud, la verificación de habilitación, la autorización de servicios de salud hasta la auditoria de los servicios de salud para su pago.

Indicadores
<ul style="list-style-type: none">- ID01-GPS. Cumplimiento de los tiempos establecidos para generación de autorizaciones- ID02-GPS. Cumplimiento en la revisión de las cuentas de los prestadores de servicios a cargo de la DTSC

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Gestión de Planeación Estratégica Gestión Administrativa y Financiera Gestión de Contratación Gestión para la Prestación de Servicios de Salud	1) Plan de acción, POAI y Presupuesto aprobado para el desarrollo del proceso Contratación de la red de prestadores de servicios de salud Solicitudes de autorización de servicios Facturas de prestación de servicios de salud	(P, H, V, A) GESTION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Responsables: Contrastista Auditoría Contable y Financiera, Contratista Auditor de Cuentas Médicas, Contratista- Auditoria Recobros de EPS, Contratista Autorizaciones, Contratista Radicación, Subdirector de Aseguramiento	1) Autorización o negación de servicios Reportes de radicación Informes de auditoria medica Informes de auditoria técnica de recobros de EPS Informes financieros Estados de cuentas por pagar Reportes de recobros al FOSYGA	1) Gestión de Planeación Estratégica Gestión Administrativa y Financiera Gestión de Evaluación y Control Gestión para la Prestación de Servicios de Salud
1) Gestión para la Prestación de Servicios de Salud Gestión de Contratación	1) Red de prestadores de servicios de salud contratada Solicitudes de remisión de pacientes Normatividad donde se estipulan las competencias de la DTSC en la prestación de servicios de salud	(P, H, V) REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA Responsables: Contratista Auditor de Cuentas Médicas, Contratista-Médico Regulador, Contratista-Radioperador	1) Remisión efectiva Gestión de la Contraremisión en caso de requerirse	1) Gestión para la Prestación de Servicios de Salud
1) Ministerio Salud 1) Ministerio de Salud y Protección Social Alcaldías Proceso de Inspección y Vigilancia	1) Normas vigentes Lineamientos y guías técnicas para la ejecución de intervenciones colectivas Presupuesto de la Salud Pública Colectiva destinada al PIC Articulación de acciones colectivistas Análisis de la Situación en Salud-ASIS	(P, H, V, A) PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Responsables: Subdirector de Salud Pública, Referentes Temáticos	1) Actividades de intervención colectiva ejecutas por municipio y dimensión del plan decenal de salud pública Informe de ejecución del PIC	1) Población Caldense Ministerio de Salud y Protección Social
1) Procesos Misionales Procesos Estratégicos	1) Matriz de servicio no conformes Quejas Encuestas de satisfacción	(H, V) IDENTIFICAR EL SERVICIO NO CONFORME Responsables: Equipo de Trabajo Gestión para la Prestación de Servicios de Salud	1) Servicio no conforme con tratamiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora	1) Procesos Misionales Proceso de Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión de la Calidad

1) Proceso de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud Proceso de Gestión de Planeación Estratégica Proceso de Gestión para la Evaluación y Control Proceso de Gestión de Calidad	1) - Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos - Informes de Gestión - Informes de Auditoría (Hallazgos) - Consolidado de Indicadores	(V) EVALUAR LA GESTIÓN DEL PROCESO Responsables: Equipo de Trabajo Gestión para la Prestación de Servicios de Salud	1) Informe de seguimiento y monitoreo de riesgos. Resultados de evaluación de Indicadores. Análisis de Encuestas de Satisfacción. Informes de seguimiento	1) Planeación Estratégica Gestión de Calidad Proceso de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud
1) Procesos Gestión para la Prestación de Servicios de Salud Proceso Gestión para la Evaluación y Control Proceso Gestión de la Calidad	1) No Conformidades Tratamiento de servicio no conforme Resultados de Análisis de Riesgos Resultados de Análisis de Indicadores Resultados de auditorías Resultados de Encuestas de satisfacción	(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Equipo de Trabajo Gestión para la Prestación de Servicios de Salud	1) Impactos mitigados Riesgos mitigados Controles implementados Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces	1) Proceso de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud Proceso de Gestión para la Evaluación y Control Proceso de Planeación Estratégica Proceso de Gestión de la Calidad

Copia no controlada

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GPS	GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
P02-GPS	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
P03-GPS	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas	
	Proceso: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
	Procedimiento: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
	Código	P01-GPS
	Fecha	2018-04-20
	Versión	3.0

Objetivo

Establecer las actividades necesarias para garantizar la gestión de la prestación de servicios de salud a la población competencia de la DTSC de acuerdo con las normas vigentes.

Responsable

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Responsable de autorizaciones y radicación Equipo de auditoria medica, recobros y financiera.

Alcance

Inicia con la planeación de la prestación de servicios de salud a cargo de la DTSC y termina con el análisis de la prestación del servicio, cartera de prestadores y cumplimiento del proceso establecido para la toma de acciones.

Generalidades

PLANEACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1. Como parte de la planeación de la prestación de servicios de salud, se encuentra la definición del Modelo de atención vigente, el cual debe darse a conocer a través de la página web de la entidad y mantener actualizado de acuerdo con las modificaciones que se presenten.
2. Para los casos en que se tenga definida red de prestadores de servicios de salud contratada esta debe ser publicada igualmente en la página web de la entidad. Es necesario que esta información se mantenga actualizada de acuerdo con las modificaciones que se presenten.
3. Como estrategias de contención del gasto se encuentran la identificación y seguimiento a los pacientes donde el valor económico de su patología supere los promedios del periodo de análisis, adicionalmente el seguimiento a los pacientes con enfermedades huérfanas y de alto costo.

AUTORIZACIONES:

4. La atención al público en el área de autorizaciones se basa en los siguientes lineamientos:
 - a)- Atención preferencial a usuarios menores de 5 años, personas en situación de discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores.
 - b)- La respuesta a las solicitudes de servicios ambulatorios se tramitan en los siguientes 3 días hábiles.
 - c)- Para usuarios de municipios diferentes a Manizales que se acercan al punto de atención de la DTSC la respuesta se genera el mismo día de la solicitud.
5. La Dirección Territorial de Salud de Caldas genera autorizaciones de servicios de salud de su competencia a la población pobre no afiliada clasificada en los niveles 1 y 2 del sisben, grupos prioritarios (Madres gestantes, adultos mayores de 60 años, menores de 5 años, población en estado de discapacidad), tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios a la población afiliada al Régimen subsidiado, usuarios con patologías de interés en salud pública y para dar cumplimiento a acciones judiciales (tutelas), Lo anterior es sujeto a la aplicación del modelo de atención que contempla la resolución 1479 del 6 de mayo del 2015 del Ministerio de Salud y la Resolución 352 del 28 de mayo de 2015 de la DTSC para las tecnologías no incluidas dentro del valor de la UPC para los afiliados al régimen subsidiado.
6. Las autorizaciones se entregan en el área de autorizaciones y se pueden consultar a través de la página web, en el link de trámites y servicios.
7. Cuando se trate de atención de urgencia, no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la DTSC.
8. Toda solicitud de autorización de servicios que no se encuentre soportada en un contrato de prestación de servicios legalizado o fallo de tutela será negada en los términos establecidos en la norma. Este criterio no aplica para los servicios No POS hospitalario o atención de urgencias.
9. Las negaciones a las solicitudes se realizan en el formato único de negación establecido en la circular única de la Supersalud.
10. La solicitudes de autorización de tecnologías en salud que correspondan a la población pobre y vulnerable sin afiliación al SGSSS, se reciben en la DTSC a través del software, correo electrónico

(autorizaciones@saluddecaldas.gov.co) y ventanilla única, de la misma manera a través de estos medios se da respuesta positiva o negativa a la solicitud, utilizando los formatos establecidos en la normatividad vigente. En el supuesto que la DTSC no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad por el prestador de servicios de salud, siempre y cuando el servicio solicitado corresponda a la población objeto del departamento de Caldas.

11. Cuando el servicio de salud solicitado sea para los afiliados al régimen subsidiado y éste no se encuentre dentro de las coberturas de la UPC del régimen subsidiado, debe dirigirse la solicitud al Comité Técnico Científico CTC de la EPS a la cual está afiliado el usuario.

12. Mensualmente se realiza revisión de las autorizaciones generadas para verificar la adherencia a los lineamientos establecidos y definir las mejoras que correspondan.

RECEPCIÓN, VALIDACIÓN, REVISIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS:

13. Del 1 al 20 de cada mes, los prestadores de servicios de salud y proveedores, deben presentar ante la DTSC, las facturas con todos los soportes establecidos en la normatividad vigente de acuerdo a la Resolución 3374 del 2000, 3047 del 2008, Resolución 1479 del 2015, Resolución interna 0352 del 2015, circular 0017 del 2015 y que demuestran la efectiva prestación de las tecnologías en servicios de salud a los usuarios del régimen subsidiado y pobres no afiliados del departamento.

14. Del 1 al 15 de cada mes las Empresas Promotoras de Salud (EPS-S) del régimen subsidiado deben presentar ante la DTSC, las facturas por concepto de recobros debidamente autorizados por fallos judiciales ejecutoriados con todos los soportes establecidos en la normatividad vigente y que demuestran la efectiva prestación de las tecnologías en salud de los usuarios a cargo de la DTSC.

15. Los mecanismo de pago de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud son:
Resolución: se establecen pagos por resolución cuando no existe soporte contractual y solo aplica atenciones generadas a la PPNA, acciones judiciales y servicios aprobados por CTC. Es de notar que para este tipo de pagos se presentan cuentas de vigencia corriente o de vigencias anteriores.

Contrato: Los servicios o tecnologías en salud prestados y que se encuentran respaldados a través de un contrato.

16. El responsable de radicación es el encargado de actualizar en el software el listado de proveedores de servicios, códigos CUMPS, CUPS, códigos institucionales de cada prestador y contratos vigentes con apoyo del administrador del software.

17. El equipo de revisión preliminar y radicación contará hasta con 10 días a partir de la fecha de recepción para realizar la radicación o la devolución de las cuentas recepcionadas.

18. Se garantizará que las facturas en el medio físico radicadas en la DTSC coincidan con el magnético cargado en el software de auditoría de cuentas de prestación de servicios de salud, con el fin de generar calidad y confiabilidad en los reportes e informes.

AUDITORIA DE CUENTAS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

18. El equipo de profesionales en auditoría de cuentas de servicios de salud de la DTSC es el encargado de realizar la auditoría de cuentas, concurrente y de calidad. Adicionalmente conforma el grupo de análisis de eventos POS y no POS de la entidad, el cual apoya el área de autorizaciones analizando la pertinencia médica para la autorización o negación de las tecnologías en salud solicitadas y acompaña las reuniones que se requieran con las EPS.

19. La auditoría de cuentas de servicios de salud es realizada por profesionales competentes quienes verifican la pertinencia y el cumplimiento de requisitos de la factura y documentos soportes conforme a los parámetros establecidos entre las partes y las normas vigentes.

20. El trámite de glosas, devoluciones y respuestas se realiza de conformidad al artículo 14 de la resolución 3047 de 2008, anexo técnico N° 5. Los tiempos de respuesta de las glosas en el proceso de auditoría de cuentas médicas será el establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

21. Se elabora cronograma por cada IPS para realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos desde que se entregan las cuentas por parte de radicación

Auditoria inicial: 17 días hábiles

Envío de glosas: 3 días para envío al prestador

Respuesta a glosa por del prestador: 15 días a partir de la recepción de las glosas.

Revisión de respuesta a glosa: 8 días

Envío de aceptación o ratificación de glosas: 2 días para envío al prestador

Conciliación: 5 días a partir de la recepción de la solicitud de la conciliación.

22. Para efectos de la auditorías se utiliza en manual único de glosas aprobado de por la Resolución 3047 anexo 6, adicionalmente teniendo en cuenta los lineamientos de la Resolución 1479 de 2015. Se tendrá como referencia para auditar las cuentas en lo que refiere a comparadores, lo estipulado en el manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo, expedido por la dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, del Ministerio de Salud, para el pago de la solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA, Resolución 5395 del 2013 Anexo 1. Para auditar las cuentas en lo que refiere a homólogos se tendrá en cuenta los precios de referencia conforme a la Resolución 1479 de 2015 y la Circular 017 de 2015 de la Supersalud.

23. Una vez se realice la auditoría inicial de la cuenta, si se genera glosa se debe informar al prestador a través de oficio, el cual es enviado por correo certificado, la guía generada por la empresa transportadora es archivada junto con el oficio remitisorio, puesto que a partir de la fecha de la entrega al prestador, contará con 15 días para que acepte u objete la glosa.

24. La persona de apoyo para la auditoría de cuentas, será la encargada de llevar el control de cumplimiento de los tiempos y recepcionar la respuesta a glosas dada por el prestador, donde deberá registrar la fecha de recepción y entregará inmediatamente al auditor responsable para que realice la revisión, que no podrá superar los 10 días hábiles. Si se ratifica la glosa, esto se le comunicará al prestador por oficio, el cual es enviado por correo certificado, la guía generada por la empresa transportadora es archivada junto con el oficio remitisorio, puesto que a partir de la fecha de recepción por el prestador contará con 7 días para que solicite la conciliación. Se presenta informe mensual de respuesta a glosa y conciliación.

25. Si el prestador solicita conciliación, esta debe ser por escrito. El auditor de cuentas responsable, durante los 7 días deberá concertar el día y la hora de conciliación, la cual se realizara en la entidad, donde se ejecutara la conciliación, dejando registro de esto en el software, se imprime el informe respectivo, el cual ira firmado por auditor con visto bueno del prestador. De este informe se entrega copia al prestador.

26. Cuando la prestación de servicios se realice a la población pobre no afiliada en una atención de urgencias no se requiere ningún tipo de autorización, al igual que los servicios de hospitalización que se deriven de esta. Cuando correspondan a servicios ambulatorios u hospitalarios el prestador deberá presentar como soporte a la factura la solicitud de la autorización o la autorización. Para los servicios de lo no cubierto en el POS se requiere CTC o tutela y los demás soportes requeridos en la Resolución 3047, Resolución 1479 y Resolución interna 352.

27. La auditoría concurrente y de calidad se realiza a la red de prestadores que presten y facturen servicios a la entidad durante la vigencia y de acuerdo con los lineamientos internos definidos y la normatividad que rige la materia.

28. La asignación de prestadores la realiza el subdirector(a) de prestación de servicio y aseguramiento o a quien designe, teniendo en cuenta el perfil profesional y de acuerdo con las características del prestador.

29. Se realizará evaluación de productividad y calidad mensual para establecer las acciones que se consideren necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos y tiempos definidos en la norma vigente. Para los casos en los que se identifique retrasos en la auditoría de cuentas, se realizará el análisis y se tomaran medidas inmediatas para dar cumplimiento a los tiempos definidos.

30. El equipo de auditoría de cuentas será el responsable de implementar las estrategias de contención del gasto planeadas para la vigencia.

31. La revisión de tarifas para servicios regulados se efectuará a través de las normas que regulan el tema, tarifas propias y acuerdos comerciales.

32. En cuanto a la revisión de tarifas de los servicios prestados (procedimientos, medicamentos, tecnologías en salud) que no se encuentren regulados se solicitará al inicio de cada vigencia la presentación del listado de precios, de acuerdo con la estructura definida por la entidad. Esta información debe estar actualizada para consulta permanente del equipo auditor e igualmente garantizar la conservación de las tarifas utilizadas con la identificación del periodo aplicado.

33. El grupo de auditoría de recobros se encargan de auditar cuentas ordenadas por fallos de tutela que facultan el recobro de EPS a la Dirección Territorial y de la Dirección Territorial al FOSYGA.

34. Las solicitudes de recobros de EPS se reciben de Radicación cargadas en software, de no ejecutarse el cargue, se procede a transferir la información del archivo plano a un archivo de Excel para verificar que los datos del medio magnético corresponden a los que contiene formato MYT-R, se organiza por fecha, y entidad recobrante y se asigna a cada auditor.

35. Se lleva control de cumplimiento de los tiempos de auditoría y glosa, recepción de la respuesta a glosas dada por la EPS, donde se registra la fecha de recepción y entrega al auditor responsable para que realice la revisión, que no podrá superar 2 meses según resolución 5595 de 2013: Si se presenta glosa, esta se le comunicará a la EPS por oficio, el cual es enviado por correo certificado, la guía generada por la empresa transportadora es archivada junto con el

oficio remititorio, puesto que a partir de la fecha de recepción por la EPS se cuenta con 2 meses para la contestación final. Se presenta informe mensual de cumplimiento de tiempos de auditoría y glosa por auditor

36. Las solicitudes de recobro al Fosyga se identifican en la auditoría médica, el cual se gestiona según instructivo Se presenta informe mensual de cumplimiento de tiempos de radicación y respuesta a glosa al Fosyga por auditor.

GESTION DE PAGOS Y ANALISIS DE CARTERA:

37. Se realiza revisión de financiera y administrativa a las cuentas con base a los radicados auditados por parte de los auditores de cuentas de prestación de servicios de salud y de esta manera permitir una administración eficiente de toda la información recibida desde el área de radicación hasta el informe financiero que indican los saldos de las carteras de cada prestador de salud, de este modo se identifica la deuda de la DTSC, que sirve de instrumento para reportar a los entes de control y lo solicitado por parte de la entidad.

Con la identificación de la deuda, se brindan consultas de información ágiles dando respuesta oportuna y confiable a las consultas e inquietudes de los proveedores (prestadores de salud, proveedores de insumos médicos, de medicamentos y EPS-S) en temas relacionados con la depuración de pagos y saldos de cartera por servicios prestados.

38. La gestión de pagos se realiza tomando como insumo principal la facturación radicada por los prestadores de servicios de salud, proveedores de insumos, proveedores de medicamentos y EPS-S, luego de ser auditada por el grupo de auditoría de cuentas, lo que permite una administración eficiente de toda la información desde que ingresa al área de radicación hasta que se generan los respectivos informes financieros, los cuales evidencian los saldos de cartera de cada uno de los proveedores que han radicado facturas ante la DTSC.

39. En el análisis de cartera se identifica la deuda de la entidad, información que se emplea como instrumento financiero para realizar los informes y reportes para los diferentes entes de vigilancia y control establecidos en la normatividad vigente (Circular 30: expedida el 2 de septiembre del 2013. Saneamiento y aclaración de cuentas, Circular Única: formatos 50, 51 y 53 expedidos en la Circular Única reemplazada por la Circular Externa 062 de 2010 de la Supersalud, Plan Financiero Territorial Resolución 4015 de 2013 y la Resolución 4834 de 2015).

40. Circular 30: expedida el 2 de septiembre del 2013. Saneamiento y aclaración de cuentas

El objetivo de la circular, es establecer un procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) (EPS del régimen contributivo y subsidiado, y Entidades Territoriales) e Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS) tanto públicas como privadas, y como resultado de estos cruces, determinar el estado de las cuentas; si hay coincidencia, fijar y suscribir los compromisos obligatorios de pago y aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De este proceso se excluyen las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar.

41. Con base en la información depurada conforme a la Circular 30 de 2013, las fechas para el reporte de la información a la Superintendencia Nacional de Salud son las siguientes:

1. A más tardar el 30 de enero. Período Octubre- Diciembre
2. A más tardar el 30 de abril Período Enero - Marzo
3. A más tardar el 30 de julio Período Abril - Junio
4. A más tardar el 31 de octubre Período Julio - Septiembre

42. De acuerdo con los lineamientos dados por la Circular 030 del 2 de septiembre de 2013, la DTSC realiza la coordinación de las mesas de saneamiento de cartera entre Entidades responsables del pago y los prestadores de servicios y tecnologías en salud, para lo cual el área de auditoría financiera realiza el siguiente procedimiento:

- Convocar, organizar y dirigir las mesas de saneamiento de cartera y aclaración de cuentas en su jurisdicción.
- Convocar a todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas que operen en el respectivo departamento y a los municipios certificados de su jurisdicción.
- Organizar anualmente cuatro (4) mesas de saneamiento de cartera y aclaración de cuentas, en las siguientes fechas:
 1. A más tardar el 28 de febrero.
 2. A más tardar el 30 de Mayo
 3. A más tardar el 30 de Agosto
 4. A más tardar el 30 de Noviembre

Para la realización de las mesas de saneamiento de cartera se debe disponer de:

- Los cruces de información recibidos para el respectivo periodo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operan en el territorio.
- Los formatos y los elementos necesarios para firmar los respectivos compromisos de depuración de la información y compromisos de pago de las obligaciones por parte de las Entidades Responsables de Pago (ERP).
- Revisar los poderes correspondientes de las personas que asisten a cada una de las mesas de saneamiento de cartera.
- Informar a la Procuraduría Provincial respectiva, dentro de los diez (10) días calendario siguiente al desarrollo de la mesa de saneamiento de cartera, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de

Salud (IPS), previamente convocadas, que no participaron de ella.

- Hacer seguimiento a la depuración de los estados financieros de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que operan en el respectivo departamento, cuando se encuentre que las facturas ya han sido canceladas por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- Hacer seguimiento a los compromisos de pago efectuados por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo.
- En el evento en que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) incumplan los compromisos adquiridos de pagar por giro directo, el departamento deberá informar mensualmente a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, los montos no girados de acuerdo con el formato "Compromiso de Pago".

43. Se enviará reporte a la Superintendencia de Salud de EPS e IPS que no asistieron a las mesas de saneamiento de cartera anexando todos los documentos que sirvan como elemento de prueba, al igual que se reportara los presuntos incumplimientos a los acuerdos pago por parte de las ERP, para el proceso de investigación, sanción o remisión a la Delegada de Jurisdiccional y Conciliación.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos		Instructivo Consulta Modulo Gestion en salud	1.0
Instructivos	I01-P01-GPS	Instructivo Auditoria Concurrente y de Calidad	1.0
Instructivos	I03-P01-GPS	Instructivo Prestación de Servicios Derivados de Fallos de Tutela	1.0
Instructivos	I04-P01-GPS	Instructivo Reporte de SISMED	1.0
Formatos	F001-P01-GPS	Acta de Grupo de Analisis, Eventos Pos y No Pos	2.0
Formatos	F002-P01-GPS	Acta de Auditoria Concurrente	2.0
Formatos	F003-P01-GPS	Lista de Chequeo para Auditoria Concurrente	3.0
Formatos	F004-P01-GPS	Acta de Apertura de Auditoria Externa de Calidad	2.0
Formatos	F005-P01-GPS	Datos del Prestador Auditado	2.0
Formatos	F007-P01-GPS	Seguimiento a Indicadores de Calidad del Prestador Auditado	2.0
Formatos	F008-P01-GPS	Lista de Chequeo de Evaluación de Registros Clínicos	3.0
Formatos	F009-P01-GPS	Lista de Chequeo Paciente Trazador	3.0
Formatos	F010-P01-GPS	Lista de Chequeo Entrevista al Personal de Salud del Prestador	2.0
Formatos	F011-P01-GPS	Revisión del Proceso de Atención	3.0
Formatos	F013-P01-GPS	Informe Final de Auditoria Externa de Calidad	3.0
Formatos	F015-P01-GPS	Formato Individual de Objeciones de Recobros	2.0
Formatos	F016-P01-GPS	Formato Individual de Respuesta a Objeciones de Recobros	2.0
Formatos	F017-P01-GPS	Informe Financiero	2.0
Formatos	F018-P01-GPS	Control de Cuentas	2.0
Formatos	F019-P01-GPS	Consolidado Estado de Cuentas	2.0
Formatos	F020-P01-GPS	Lista de Chequeo para la Representación en el Comité Técnico Científico de las EPS	3.0
Formatos	F021-P01-GPS	Radicación de Servicios de Proveedores diferentes a IPS	2.0
Formatos	F022-P01-GPS	Informes de Auditoria de Cuentas	2.0
Formatos	F023-P01-GPS	Solicitud de ingreso de pagos anticipados al sistema AVAL	2.0
Formatos	F024-P01-GPS	Constancia de Auditoria Medica para Pago Anticipado	2.0
Formatos	F025-P01-GPS	Lista de chequeo de soportes para auditoria medica	2.0
Formatos	F026-P01-GPS	Lista de chequeo para realización de auditoria financiera	2.0

Formatos	F027-P01-GPS	Selección de Proveedores para la Prestación de Servicios Requeridos para el Cumplimiento de Fallos Judiciales	3.0
Formatos	F028-P01-GPS	Lista de Chequeo para Auditoria Concurrente de Medicamentos	1.0
Formatos	F029-P01-GPS	Control de Entrega Radicación- Reparto para Auditores Médicos	1.0
Guía	G001-P01-GPS	Guía para el Desarrollo de Grupo de Análisis para eventos POS y No POS	2.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Planeación de la prestación de servicios de salud	Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Equipo de trabajo	<p>En el cierre de cada vigencia se efectúa un análisis del comportamiento de la prestación de los servicios de salud, verificando servicios más demandados, deuda a prestadores y recursos disponibles. De acuerdo con esto se determina, el modelo de atención que va a operar en la próxima vigencia, al igual que las necesidades de contratación, las cuales son incluidas dentro del plan anual de adquisiciones de la entidad.</p> <p>Adicionalmente se determina las relaciones que se requieren fortalecer con los prestadores de servicios y las EPS, con el fin de realizar una adecuada prestación del servicio así como tener un acuerdo de voluntades o comerciales para la definición de tarifas.</p> <p>Como parte de la planeación se deben analizar y definir las estrategias que contribuyan a tomar medidas sobre la contención del gasto y la necesidad de involucrar a la Dirección General en el desarrollo de estas.</p> <p>De acuerdo con el análisis efectuado se procede a realizar los procesos de contratación de manera oportuna y la divulgación del modelo de atención y la red de prestadores que se tiene vigente.</p>	<p>Actas de reunión</p> <p>Planeación de la prestación de servicios en el plan anual de adquisiciones</p> <p>Contratos de Prestación de servicios</p> <p>Acuerdos de voluntades o comerciales</p> <p>Soportes de divulgación de la red de prestadores de servicios.</p>

<p>3. Autorización del servicios de competencia del ente territorial</p>	<p>Grupo de autorizaciones</p>	<p>Las solicitudes de autorización de servicios son recibidas a través de los canales establecidos (Software, correo electrónico, punto de atención al público y ventanilla única), realizando la verificación de derechos para lo cual se solicita la presentación de la cédula, igualmente se verifica la pertinencia de la solicitud a través de la epicrisis, orden médica, formula médica (original) y fallo de tutela completo cuando media una orden judicial, en casos particulares el área de autorizaciones se apoya en el grupo de Análisis Médico y/o de la Subdirección Jurídica cuando se trata de acciones judiciales. Si la solicitud de servicios se encuentra pertinente se procede a generar la autorización de la misma conforme a los tiempos establecidos en la normatividad vigente, si no es pertinente se realiza la negación en el formato de negación de servicios de la Supersalud y se direcciona al usuario a la instancia que corresponda.</p> <p>El análisis de la solicitud de autorización de los servicios o tecnologías en salud se realiza consultando las diferentes páginas que contienen la base de datos de afiliados tanto a nivel nacional como departamental, constatando la existencia del usuario (FOSYGA, DNP, SISPRO, Salud de Caldas) y se verifica también la pertinencia de la solicitud y la competencia de la DTSC a través de la revisión de la historia clínica, diagnóstico, tipo de procedimiento, ordenes y/o fórmulas médicas, fechas, firmas, tipo de letras, sin tachones o enmendaduras y para el casos de tutelas revisión del fallo completo.</p> <p>La Respuesta a la solicitud de autorización de servicios se da en los siguientes tiempos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de autorización de servicios electivos: 5 días hábiles después de recibida la solicitud, en caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario 2 días hábiles. - Para el caso de tutelas, desacatos y medidas provisionales, la autorización de servicios se genera de forma inmediata cuando el servicio se encuentra contratado por la DTSC, caso contrario se gestiona a través de pago anticipado. La autorización de los servicios para desacatos y medias provisionales se realizaran al 100% amparado en el Decreto 2591 de 1991 y demás normas concordantes. <p>Las autorizaciones que se expedían en cumplimiento a una acción judicial se harán de conformidad con lo establecido en la tutela en lo relacionado a las cuotas de recuperación, exceptuando cuando se trate de las poblaciones que están protegidas por leyes especiales. (Circular 0016 de 2014 Ministerio de Salud y Protección Social).</p> <p>Si el usuario no se encuentra en base de datos del Departamento de Caldas o no existe correlación en los documentos, se realiza devolución de los documentos y se explica el paso a seguir.</p> <p>El grupo de autorizaciones de acuerdo con la normatividad vigente y teniendo en cuenta entre otros el costo y la complejidad de cada caso, define las solicitudes de autorización de servicios que deben remitirse para ser evaluadas por el grupo de Análisis Médico de eventos POS y no POS de la entidad, conformado por los auditores médicos y el cual mediante acta analiza la pertinencia para la aprobación o negación de la tecnología en salud solicitada. Realiza intermediación entre EPS/ IPS para la atención de los pacientes, siguiendo las directrices según modelo de pago: 1 - 2 -Mixto, de lo cual dejará constancia en informe. Realiza seguimiento a las características de atención de la red prestadora de servicios con cargo a la DTSC</p>	<p>Solicitud de tecnología en salud (anexo técnico N° 3 de la Resolución 3047 de 2008)</p> <p>Respuesta a la solicitud. (anexo técnico N° 4 de la Resolución 3047 de 2008 modificado por la resolución 4331 de 2012)</p> <p>formato único de negación de servicios de la circular única de la Supersalud y Registro de negación de servicios definido por el MPS, generados a través del Software AVAL.</p> <p>Actas de análisis pertinencia medica</p>
--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Recepción de las cuentas	Contratistas de apoyo	<p>El equipo de revisión preliminar verifica si las cuentas recepcionadas cumplen con los criterios para su radicación, para esto debe verificar entre otras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario o servicio no corresponda a otro plan o responsable. 2. Usuario se encuentre retirado o moroso. 3. Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud. 4. Resumen egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma. 5. Médico que ordena no adscrito 6. Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC) accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas) 7. Informe de atención inicial de urgencias. 8. Factura no cumple requisitos legales. 9. Factura ya cancelada. <p>(Ver instructivo para la revisión preliminar de cuentas)</p> <p>De acuerdo con los resultados de la verificación se procede a efectuar el registro en el software detallando si se acepta o se devuelve.</p> <p>Si la factura cumple con los requisitos se procede a efectuar la respectiva radicación.</p> <p>En caso de que no se cumplan con los criterios se realiza el registro de la devolución a través del software generando el reporte para enviarlo con las cuentas al respectivo proveedor a través de oficio.</p> <p>Se realiza el archivo de los reportes y el número de guía de envío del correo certificado.</p>	<p>Reporte de cuentas radicadas</p> <p>Reporte de devoluciones</p> <p>Oficio de devaluación de cuentas al proveedor</p> <p>Reporte de verificación de derechos o servicios de nuestra competencia.</p>
5. Radicación de las cuentas	Contratistas de apoyo	<p>La radicación se realiza verificando que la información de las facturas en el medio físico coincidan con el magnético, si se encuentran inconsistencia en el medio magnético se efectúan todas las correcciones pertinentes.</p> <p>Adicionalmente se clasifica en el software la factura de acuerdo con el mecanismo de pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO • RESOLUCIÓN (resolución corriente) • VIGENCIAS ANTERIORES (resolución vigencia anterior) <p>Igualmente se realiza la caracterización de la cuenta en el software de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACCIONES JUDICIALES • CTC • INIMPUTABLES • CRONICOS • PPNA <p>Las facturas físicas se organizan de acuerdo con la caracterización y el mecanismo de pago.</p> <p>Posteriormente se procede a sellar cada factura física y se entrega con sus respectivos soportes al auditor de cuentas correspondiente.</p>	<p>Registro de entrega a auditoría de cuentas en el software.</p> <p>Cuentas de prestación de servicios de salud registradas en la base de datos</p>

<p>6. Auditoria de facturas de prestación de servicios de salud</p>	<p>Audidores de Cuentas</p>	<p>El auditor de cuentas derivadas de la prestación de servicios de salud revisa y verifica que el reporte de radicación que se encuentra en el software coincida con las facturas físicas recibidas.</p> <p>Posteriormente revisa y valida que las facturas contengan los soportes normativos según el tipo de servicio, verifica la pertinencia de la solicitud o autorización de servicios para la PPNA o CTC para servicios y tecnologías no cubiertas en el POS para afiliados al Régimen Subsidiado, o tuteladas, o, cobertura conforme a la competencia de la DTSC, y las tarifas (comparación de los valores facturados con los pactados verificando por ítems cobrados según los manuales tarifarios y/o contratos, y lo establecido en la resolución 1479 descontando el valor del sustituto o comparador del POS, así como el descuento de las cuotas de recuperación si aplica.- Decreto 780 de 2016).</p> <p>La pertinencia medica se determina de acuerdo con los lineamientos establecidos en la resolución 3047 de 2008, al igual que los demás criterios a tener en cuenta durante la auditoria. Adicionalmente como insumo para la pertinencia médica se realiza revisión de las guías de práctica clínica implementadas por el prestador.</p> <p>De lo anterior se genera un informe de auditoría de cuentas de la prestación de servicios de salud para remitir al equipo de análisis de cartera, cuyo resultado puede ser cuenta para pago total cuando la revisión es exitosa en cada uno de los ítems evaluados.</p> <p>En el caso de encontrar durante la revisión integral una o varias no conformidades que afectan en forma parcial o total el valor de la factura y que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud, el resultado será una glosa parcial o total, el cual es informado y reportado al prestador de servicios de salud en los términos establecidos en la norma, los cuales se describen en el artículo 57 de la Ley 1438 del 2011.</p> <p>Los tiempos son:</p> <p>Auditoria de facturas: 17 días hábiles a partir de la fecha de radicación de la factura.</p> <p>Envía de glosas al prestador: 3 días hábiles a partir de la auditoria para comunicar a través de oficio a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura.</p> <p>Respuesta a glosa por parte del prestador: El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por la DTSC dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación</p> <p>Respuesta a glosas: dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, el auditor que corresponda decide si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.</p> <p>En caso de no obtener respuesta del prestador en los términos establecidos, la glosa quedará ratificada.</p> <p>Conciliación de glosas: dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de conciliación enviada por los prestadores.</p> <p>Como resultado de la revisión de respuesta a glosas se genera informe de auditoría donde se detalla si las glosas fueron levantadas total o parcialmente y se remite de manera inmediata al equipo de análisis de cartera e igualmente se envía al prestador de servicios de salud oficio informando si se ratifica o se levanta la glosa y de requerirse continuar con el proceso de conciliación.</p> <p>Una vez vencidos estos términos, y en el caso de que persista el desacuerdo (glosa ratificada) entre el prestador de servicios de salud y la DTSC se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.</p> <p>Los informes de auditoría de cuentas se realizan generando el reporte respectivo como la entrega física de las facturas auditadas clasificadas de según la caracterización y el mecanismo de pago.</p> <p>En cuanto a la auditoría técnica de recobros efectuados se realiza de acuerdo con las normas vigentes y el instructivo I02-P01-GPS</p>	<p>Informe de auditoría de cuentas Reporte de glosas Oficios de envío y respuesta a glosas</p>
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

7. Gestión de pagos	Equipo de análisis de cartera y gestión de pagos	<p>El equipo de gestión de pagos procede a recepcionar las cuentas y el informe de auditoría de cuentas, se ingresa la información en el control de cuentas, se procede a efectuar el IF verificando el mecanismo de pago y realizar el cambio en caso de requerirse, posterior a esto se realiza las gestiones pertinentes según el mecanismo de pago así:</p> <p>Contrato: para el caso de las cuentas cuyo tipo de servicio corresponde a un contrato, se elabora el balance financiero para ser revisado y aprobado mediante la firma del supervisor del respectivo contrato de prestación de servicios, posteriormente se entrega a la oficina de archivo de contratación de la entidad el IF, el balance financiero y el certificado de supervisión.</p> <p>Una vez revisado en la oficina de archivo de contratación y aprobado por esta se traslada a contabilidad el informe financiero (IF) con sus respectivos soportes, para su causación y pago.</p> <p>Resolución: Cuando la entidad presenta recursos para el pago de las cuentas auditadas, se realiza la solicitud de disponibilidad presupuestal por parte del Subdirector(a) de Prestación de Servicios y Aseguramiento, verificando que el rubro presupuestal corresponda a las cuentas que se van a pagar. En el caso de que los recursos asignados no se encuentren en el rubro correspondiente se solicitará los respectivos traslados. Posteriormente se remite a contabilidad para revisión, con el fin de determinar que sea una cuenta por pagar y generar el CDP, una vez se tenga el CDP se proyecta el acto administrativo que autoriza el pago y se entrega a contabilidad para causación y pago.</p> <p>Vigencias anteriores: Son las cuentas de otras vigencias que requieren ser canceladas para esto de acuerdo con los recursos asignados para el pago de estas cuentas se procede a realizar la solicitud de disponibilidad presupuestal por parte del Subdirector(a) de Prestación de Servicios y Aseguramiento y se remite a contabilidad para revisión, con el fin de determinar que sea una cuenta por pagar y generar el CDP, una vez se tenga el CDP se proyecta el acto administrativo que autoriza el pago y se entrega a contabilidad para causación y pago.</p> <p>Cuentas sin respaldo presupuestal: Cuando no se tiene respaldo presupuestal las cuentas quedan bajo custodia del archivo de gestión de la subdirección de prestación de servicios y aseguramiento, con el fin de llevar control de las cuentas que se encuentran pendientes de pago.</p> <p>Nota: Con el fin de validar los pagos generados se realizará revisión mensual del adecuado cruce de pagos y efectuar las correcciones que se consideren pertinentes.</p>	<p>Informes financieros (IF)</p> <p>Solicitudes de CDP</p> <p>Balances financiero</p>
8. Análisis de cartera	Equipo de análisis de cartera y gestión de pagos	<p>Con base a la información suministrada de los IF se realiza cruce de cartera por prestador estableciendo el estado de cartera de cada prestador y de este modo realizar los informes consolidados para los entes de control y para la dirección territorial para la toma de decisiones.</p> <p>En cuanto a las cuentas sin respaldo presupuestal se realiza el análisis de la cartera por prestador y se genera informe de saldos de cada prestador teniendo en cuenta las vigencias, donde se establece el valor radicado total, el valor glosado, glosa sin respuesta pendiente por auditoría de cuentas, valor reconocido con IF, valor cancelado y saldo. Este informe se entrega a contabilidad con una frecuencia trimestral para su respectiva causación.</p> <p>Adicionalmente se envían informes mensuales al área de contabilidad informando los estados de cartera y la deuda de la entidad respecto a la gestión de prestación de servicios de salud, así como se debe dar respuesta oportuna a los informes establecidos en la normatividad vigente.</p>	<p>Consolidado de cuentas</p> <p>Estado de cuentas</p> <p>Actas de conciliación</p> <p>Informes financieros para diferentes entes de control</p>

9. Evaluación y seguimiento y toma de acciones	Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, equipo de trabajo	<p>Bimestralmente cada equipo de trabajo del proceso de gestión para la prestación de servicios de salud, elabora un informe de gestión consolidado, para ser analizado en la unidad aseguramiento con el fin de tomar las acciones pertinentes, que contribuyan al mejoramiento continuo del proceso.</p> <p>El administrador de software presentará informe bimestral de las correcciones realizados en el sistema, las asesorías efectuadas, los problemas presentados y la duración de los mismos.</p> <p>Como parte de las actividades de auto control se realizarán actividades mensuales de análisis de casos específicos, con el fin de fortalecer la adherencia al cumplimiento de la norma y los lineamientos de calidad establecidos en cada procedimiento. De estas actividades se genera acta de reunión.</p> <p>Adicionalmente se efectúa trimestralmente reuniones de retroalimentación a las EPS / IPS frente los procedimientos que se requieren fortalecer para mejorar la prestación de servicios de salud.</p>	<p>Acciones preventivas, correctivas y de mejora</p> <p>Actas de reunión</p> <p>Informes consolidados</p>
10. Fin			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas	
	Proceso: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
	Procedimiento: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
	Código	P02-GPS
	Fecha	2017-08-17
	Versión	3.0

Objetivo

Establecer los lineamientos para realizar la referencia y contrareferencia a cargo de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Responsable

Contratista-Medico Regulador, Contratista-Radioperador

Alcance

Inicia con la solicitud de ubicación (remisión) de un paciente por parte del prestador y termina con la Contrarremisión en los casos que se requiera.

Generalidades

La Dirección Territorial de Salud de Caldas en cumplimiento del Decreto 4747 de 2007, organizó la red pública para la prestación de servicios de salud de su competencia y establece las actividades del Sistema de Referencia y Contrareferencia, con el apoyo Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias en Salud (C.R.U.E.), unidad funcional adscrita a la DTSC y de acuerdo con el Modelo de Red de la DTSC.

La estructura operativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Departamento está fundamentada en la articulación sistemática de los diferentes actores que hacen parte de este. El CRUE se constituye en el punto de articulación a través del cual se operan todos los procesos que requiere el sistema para que responda a su razón de ser. A esta instancia confluyen todas las instituciones que hacen parte de la Red de Prestadores del Departamento y de esta se direccionan todos los procesos inherentes a la atención de urgencias y emergencia de salud del departamento.

El propósito es facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a la comunidad de acuerdo con sus necesidades, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del Sistema de Referencia y Contrareferencia como un componente de la prestación de servicios, el cual deberá operar conforme a la normatividad vigente; de forma que se garantice la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La referencia y contrareferencia de usuarios responsabilidad de la DTSC tiene como finalidad la atención en salud en el nivel de complejidad que requiera el paciente de acuerdo con la contratación realizada y el modelo de red vigente.

La entidad cuenta con la relación de camas disponibles en la red hospitalaria, a través de la página web de la entidad, en la cual los prestadores reportan las novedades en los siguientes horarios: 7:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 7:00 pm. El personal del CRUE verifica la disponibilidad de camas una vez identificada la competencia de la DTSC frente al paciente o remisión comentada.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos Externos		Anexo 10 Formaro Estandarizado de Contrareferencia de Pacientes	1.0
Formatos Externos		Anexo 9 Formato Estandarizado de Referencia de Pacientes	1.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepción de la solicitud de remisión de un paciente al servicio	Radio-operador de turno	Consiste en tomar información general y específica la cual se consigna en el sistema AVAL con los siguientes datos: hora de la recepción de la llamada, nombre de la IPS y funcionario que comenta el paciente, resumen de la historia clínica del paciente, diagnóstico y código CIE10, motivo de la remisión y servicio solicitado. Además los datos del paciente como: nombre completo, identificación y seguridad social. Igualmente se solicitan los paraclínicos y exámenes diagnósticos si los tiene. En el caso que se presenten dificultades para acceder al AVAL el registro se realizara en hoja de Excel denominada censo de pacientes. Si el paciente es urgencia vital se le brinda la información de las camas disponibles para su ubicación.	Registro del AVAL
3. Verificación de la afiliación del paciente al SGSSS	Radio-operador de turno	Se verifica en las bases de datos del ADRES, DNP y SISPRO, el estado de afiliación del paciente y si la atención es competencia de la Dirección Territorial de Salud	NA
4. ¿Es competencia de la DTSC?			
5. Orientación a la IPS	Radio-operador de turno	Si el paciente no es competencia de la DTSC, se le da el direccionamiento vía telefónica a la IPS para que se comuniquen con el ente competente. Adicionalmente se envía correo electrónico informando la no competencia de la DTSC	Correo electrónico
6. Asignación de código CRUE	Radio-operador de turno	Si el paciente es competencia de la DTSC se asigna código CRUE y se da inicio con la gestión de la ubicación del paciente. Igualmente se le aclara al prestador a través de correo electrónico que el código CRUE no implica la autorización de la prestación del servicio y que requiere realizar la solicitud de la autorización a la Subdirección de Prestación de Servicios y Aseguramiento por los medios definidos (correo electrónico, fax, software AVAL) para la generación de las autorizaciones de servicio correspondientes. Este correo debe ir con copia a autorizaciones@saluddecaldas.gov.co.	Código de CRUE Correo electrónico
7. Ubicación del paciente comentado por el CRUE	Radio-operador de turno - Médico regulador	Si el paciente es población pobre no afiliado se inicia el proceso de comentar el paciente a las diferentes IPS de acuerdo con el nivel de complejidad requerido. Una vez gestionada la remisión se informa a la IPS para que efectúe el traslado, y se registra la información en el sistema AVAL.	Reporte AVAL
8. Contrarremisión de pacientes ubicados en la red de la DTSC	Radio-operador de turno Coordinador de auditoria medica Auditores concurrentes	Cuando una IPS realice solicitud de apoyo al CRUE para contrarremedir a un paciente a su lugar de origen; el radioperador de turno deberá ingresar el registro en el sistema de AVAL; deberá realizar la gestión con la IPS de destino para conseguir su ubicación, en caso que requiera continuar con su tratamiento. De igual manera cuando sea pertinente se hará la labor de conseguir el transporte para el paciente.	Sistema AVAL
9. Análisis de la operación del modelo de red de prestadores contratada	Coordinador CRUE - Médico Regulador	Se realiza socialización del comportamiento del sistema de referencia y contrareferencia en las reuniones de mejoramiento de aseguramiento con el fin de establecer los correctivos encaminados a la utilización adecuada del modelo de red de la DTSC, aprobada por el Ministerio de Salud y la utilización eficiente de los recursos invertidos en los contratos vigentes.	Actas de reunión.
10. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: PLAN DE INTERVENCIONES
COLECTIVAS

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas	
	Proceso: GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
	Procedimiento: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	
	Código	P03-GPS
	Fecha	2019-12-12
	Versión	1.0

Objetivo

Establecer los procesos técnicos, administrativos y financieros necesarios para desarrollar Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) a través de la planeación, ejecución y seguimiento coordinado con la participación de todos los actores sectoriales (SGSSS) e intersectoriales.

Responsable

Subdirector de Salud Pública, Equipos de trabajo

Alcance

Inicia con la identificación de necesidades y formulación de las actividades que comprenden el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y termina con la elaboración de informe de resultados medición y cumplimiento del plan de acción de actividades de intervenciones colectivas

Generalidades

Intervenciones colectivas: Son intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, obligatorias y gratuitas, basadas en las necesidades de cada territorio y los determinantes sociales en salud, desarrolladas en el marco del derecho a la salud, con enfoque diferencial y poblacional y dirigidas a todos los habitantes del territorio nacional.

Con base en las directrices dadas en la Resolución 518 de 2015 enmarca las intervenciones en dos líneas operativas, la de promoción de la salud y la de gestión del riesgo.

La estructuración de las acciones integradas al Plan de Intervenciones Colectivas son complementarias al Plan de Beneficios en Salud – PBS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP, Plan Departamental de Desarrollo, el Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud, conforme a la resolución 1536 del 2015, aportando al cumplimiento de las metas establecidas en ellos, en los siguientes entornos:

Entorno hogar: Se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Por lo tanto, pueden ser hogares familiares o no familiares.

Entorno educativo: Comprende como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida; que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

Entorno laboral: Comprende como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades; con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales, e informales.

Entorno comunitario: Se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio, ubicados en infraestructura de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural y/o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros).

Entorno institucional: Se comprende como los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud.

Rutas integrales de atención en salud:

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el

Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y
- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las RIAS contribuyen al mejoramiento del desempeño de las organizaciones que forman parte del SGSSS y la articulación de acciones individuales y colectivas centradas en las personas y su entorno vital para la promoción de la salud y la prevención, mitigación y superación de riesgos, que faciliten el logro de las metas de salud del país.

Las RIAS se caracterizan por especificar los resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud, por ende es fundamental que en la estructuración del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) se establezca su articulación con las RIAS adoptadas en el Departamento.

La RIAS, reconoce en las intervenciones poblacionales y de educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades, para el cuidado intencionado y consciente de su salud, a través de:

- Adopción de prácticas de cuidado, protección y mantenimiento seguro del ambiente.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollo de habilidades sociales y emocionales.
- Construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales.
- Sana convivencia.
- Ejercicio del derecho a la salud.

Para la implementación de las RIAS se deben tener en cuenta los lineamientos técnicos y operativos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente los contenidos en la Resolución 3280 del 2018 y la Resolución 276 de 2019.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P03-GPS	Evaluación Técnica y Financiera de PIC	1.0
Formatos	F002-P03-GPS	Consentimiento Informado para Participación de Estrategia PIC- Modalidad Presencial Menores de Edad	1.0
Formatos	F003-P03-GPS	Consentimiento Informado para Participación de Estrategia PIC- Modalidad Presencial	1.0
Formatos	F004-P03-GPS	Consentimiento Informado para Participación de Estrategia PIC- Modalidad Presencial Cuidadores de Adulto Mayor	1.0
Formatos	F005-P03-GPS	Consentimiento Informado para Participación de Estrategia PIC- Modalidad Presencial Personas con Discapacidad y Cuidadores	1.0
Formatos	F006-P03-GPS	Evaluación Técnica y Financiera de Contratos PIC	1.0
Formatos	F007-P03-GPS	Verificación de ejecución de las actividades del PIC contratadas por dimensión	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Formulación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)	Referentes de línea	<p>El equipo de salud pública según cada dimensión analiza las actividades a desarrollar para la vigencia, teniendo en cuenta los lineamientos nacionales, el Plan de intervenciones colectivas de los diferentes municipios, el ASIS departamental, así como se deben establecer las actividades complementarias al plan de beneficios y su articulación con las rutas integrales de atención.</p> <p>Las actividades definidas se estructuran en el formato de plan de acción vigente, teniendo en cuenta que para la formulación se debe tener claridad de la proyección de los recursos del Sistema General de Participaciones - SGP que requieren ser destinados para la ejecución de las actividades de intervención colectiva, no pueden ser inferiores al 30% del total de estos recursos asignados para la vigencia (Ver parágrafo 1, Artículo 20 de la resolución 518 del 2015). Sobre los demás recursos asignados para el desarrollo de actividades de intervenciones colectivas diferentes al SGP, no existen límites normativos establecidos.</p> <p>Adicionalmente una vez definidas las actividades en el formato de plan de acción, se deberá estipular la línea, el entorno y su articulación con las rutas integrales de atención.</p> <p>Esta información la debe estructurar la Subdirección de Salud Pública y remitirla a la Oficina Asesora de Planeación y Calidad para su consolidación, a través del correo electrónico, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Secretaría de Planeación Departamental de Caldas y el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	Registro de asistencia de mesas de trabajo Actividades definidas Plan de acción por dimensión
2. Consolidación y revisión de información	Equipo de Planeación	<p>El equipo de planeación realiza la revisión de las actividades frente al cumplimiento de los lineamientos nacionales y que estas actividades sean cumplibles y medibles, así como que se cumpla con el porcentaje mínimo de los recursos del SGP destinado para estas actividades. Si se encuentran inconsistencias se realiza llamado al referente para efectuar los ajustes a través de sesión de trabajo.</p> <p>Una vez consolidado se surte el proceso de aprobación teniendo en cuenta el procedimiento "P03-PE Formulación, implementación y seguimiento al plan de acción y POAI".</p>	Registros de asistencia de sesiones de trabajo Plan de acción ajustado

3. Ejecución de actividades para la implementación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)	Subdirector de Salud Pública, Referentes de línea	<p>De acuerdo con las actividades planeadas, la subdirección de salud pública deberá planear en el plan de adquisiciones las actividades que se requieren contratar teniendo en cuenta los lineamientos nacionales establecidos y dando prioridad a las entidades públicas (Empresas Sociales del Estado - ESE).</p> <p>Según la modalidad de contratación los referentes de cada dimensión deben garantizar que se cuente oportunamente con los estudios y documentos previos requeridos y de esta manera no se afecte la planeación y ejecución de las actividades estipuladas en el plan acción.</p> <p>Adicionalmente una vez estipulados los responsables de la implementación de las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), los referentes deben estipular cronogramas mensuales de ejecución con el fin de que estos sean divulgados por municipios como estrategia de difusión a la población objetivo.</p>	Plan de adquisiciones Procesos de contratación PIC. Cronograma de actividades
4. Divulgación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)	Subdirector de Salud Pública, Referentes de línea	De acuerdo con el cronograma de ejecución establecido, los referentes envían a comunicaciones dicha información para ser publicada en la página web así como determinan con el responsable de implementación de las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) las estrategias de divulgación a desarrollar en el municipio.	Soporte de divulgación
5. Implementación de las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)	Responsables de implementación	<p>Las actividades se desarrollan dando cumplimiento a las obligaciones o funciones asignadas según el caso y de acuerdo con los lineamientos adoptados por la entidad para cada una de las líneas y entornos.</p> <p>Nota: Las diferentes dimensiones contara con instructivos donde se establece el desarrollo específico de sus actividades.</p>	Soportes de implementación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)
6. Apoyo profesional al seguimiento y monitoreo del PSPIC	Referentes de línea y equipos de trabajo	Cada dimensión realiza acompañamiento de apoyo profesional a los procesos técnicos, orientando la operación del PSPIC de manera integral, así como, el seguimiento y monitoreo de los procesos administrativos, compromisos y procesos de mejora, bajo criterios de calidad establecidos en los lineamientos y la normatividad vigente.	Soportes de asistencia brindada a los responsables de la implementación de actividades PIC
7. Informe de GPAISP en todos los componentes, con análisis cualitativo y cuantitativo.	Referentes de línea Responsables de implementación	<p>Mensualmente el responsable de la implementación de las actividades del PSPIC, presenta informe al responsable del seguimiento donde estipule el cumplimiento tanto cuantitativo como cualitativo de las actividades, con sus respectivos soportes.</p> <p>Así mismo, cada dimensión deberá consolidar el informe de ejecución trimestral, al igual que la medición al cumplimiento de las actividades del plan de acción, esta información es remitida a través de correo electrónico a la oficina asesora de planeación y calidad para ser revisado y consolidado a más tardar 15 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre respectivamente.</p>	Informe de ejecución mensual Soportes de Ejecución Informe Trimestral por dimensión. Plan de acción con seguimiento.
8. Revisión de medición al cumplimiento del plan de acción de actividades de intervención colectiva	Equipo de planeación	La oficina de planeación verifica cada actividad de acuerdo con los soportes allegados y de presentarse inconsistencia realiza la respectiva retroalimentación para efectuar los ajustes. Esta actividad se desarrolla de acuerdo con el procedimiento "P03-PE Formulación, implementación y seguimiento al plan de acción y POAI"	



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN JURIDICA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN JURIDICA	Código	GJ
		Fecha	2021-11-08
		Versión	4.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Establecer los lineamientos para el desarrollo de las actividades y/o de incidencia jurídica que requiere la entidad, para garantizar el cumplimiento de las funciones y de las normas vigentes.

Responsable

Subdirector Jurídico

Alcance

Inicia con la recepción de peticiones, actos administrativos, títulos ejecutoriados, conciliación prejudicial, demandas, tutelas, desacatos y demás documentos que requieran un trámite jurídico y finaliza con el trámite correspondiente a las solicitudes o a los procesos.

Indicadores
- ID01-GJ. Recuperación de cartera derivada de los procesos de cobro coactivo

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control.	1) Normatividad vigente que rige cada proceso	(P, H) MONITOREAR PERMANENTEMENTE EL NORMOGRAMA DE LA ENTIDAD <i>Responsables: Subdirector Jurídico, Líderes de proceso</i>	1) Normograma actualizado, como carta de navegación para cada uno de los procesos de la entidad.	1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control.
1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control.	1) Conciliaciones prejudiciales, demandas, exhortos, tutelas, incidentes de desacato y demás acciones judiciales.	(P, H, V) REALIZAR LA DEFENSA JUDICIAL DE LA ENTIDAD <i>Responsables: Subdirector Jurídico, Personal de apoyo Defensa Judicial</i>	1) Trámite dentro de los términos de las conciliaciones, demandas, exhortos, tutelas e incidentes de desacato Cumplimiento del fallo judicial Acción de repetición	1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control.
1) Procesos Misionales Proceso de Gestión Jurídica Proceso de Gestión Administrativa y Financiera Proceso de Gestión de la Contratación	1) Acto administrativo ejecutoriado Actas de Liquidación de contratos	(P, H, V) GESTIONAR EL COBRO COACTIVO DE LA ENTIDAD <i>Responsables: Subdirector Jurídico, Personal de apoyo Cobro Coactivo</i>	1) Pago de la obligación por parte del deudor Auto de terminación del proceso y archivo	1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación
1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación	1) Peticiones Proyectos de actos administrativos Normatividad aplicable a la entidad	(P, H, V) ASESORAR JURÍDICAMENTE LA ENTIDAD <i>Responsables: Subdirector Jurídico</i>	1) Respuesta de las peticiones y/o conceptos. Actos administrativos proyectados, revisados, publicados o notificados, según corresponda.	1) - Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación

<p>1) Gobierno Nacional Gobernación de Caldas Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la entidad.</p>	<p>1) Leyes y Normas de contratación estatal y anticorrupción vigentes. Plan de desarrollo Plan Estratégico Informes de Gestión Proyecto de presupuesto institucional para la vigencia Informes de ejecución presupuestal Resultados de Indicadores e informes Manual de contratación Plan Anual de Adquisiciones Certificado de disponibilidad presupuestal Precios y condiciones del mercado Estudios previos Documentos soportes Listas de chequeo para la radicación de los estudios y documentos previos Pliego de condiciones (Si aplica) Legalización del contrato Actividades de ejecución del contrato, actas Actas e Informes del Supervisión, Cuentas de Cobro aprobadas, Pagos</p>	<p>(P, H, V) GESTIONAR LA CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD Responsables: Subdirector Jurídico</p>	<p>1) Manual de Contratación de la DTSC Plan Anual de Adquisiciones aprobado y/o ajustado Contratos legalizados y Publicados. Expedientes contractuales Informes de Seguimiento a Actividades Certificados de Supervisión Expediente Contractual completo Acta de recibo de Bienes o Servicios cuando aplique. Liquidación, cierre o archivo del contrato</p>	<p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la entidad. Entes de control</p>
<p>1) Proceso Gestión para la Evaluación y Control Planeación Estratégica</p>	<p>1) Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos Herramientas de Seguimiento al proceso Informes de Gestión Informes de Auditoría (Hallazgos)</p>	<p>(V) EVALUAR LA GESTION DEL PROCESO Responsables: Subdirector Jurídico</p>	<p>1) Resultados de Seguimiento al Proceso (Indicadores, Informes). Gestión de los Riesgos asociados al proceso.</p>	<p>1) Planeación Estratégica Gestión para la Evaluación y Control</p>
<p>1) Gestión para la Evaluación Y control</p>	<p>1) No Conformidades Resultados de análisis de Riesgos Resultados de seguimiento al proceso Resultados de auditorías</p>	<p>(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Subdirector Jurídico</p>	<p>1) Impactos mitigados Riesgos mitigados Controles implementados Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces</p>	<p>1) Proceso de Planeación Estratégica Proceso Gestión para la Evaluación y Control</p>

Procedimientos

Código	Procedimiento
P00-GJ	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN
P01-GJ	DEFENSA JUDICIAL
P02-GJ	COBRO COACTIVO
P04-GJ	ASESORIA JURIDICA


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P00-GJ
			Fecha	2021-11-08
	Proceso: GESTIÓN JURÍDICA Procedimiento: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		Versión	2.0

Objetivo

Adquirir los bienes y servicios requeridos para el desarrollo y cumplimiento de la misión y operación de la entidad, a través de las diferentes modalidades de contratación, dando cumplimiento a la normatividad vigente y hacer el seguimiento a la ejecución de los mismos.

Responsable

Subdirector Jurídico

Alcance

Inicia con la definición de lineamientos para la contratación, la identificación del bien, obra o servicio en el Plan Anual de Adquisiciones y termina con el recibo de satisfacción por parte del supervisor y liquidación del contrato en los casos que aplique.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL	M001-P00-GC	Manual de Contratación	7.0
MANUAL	M002-P00-GC	Manual de Supervisión V01- Resolución 0925 del 04 de diciembre de 2018	1.0
Formatos	F001-P00-GC	Estudio Previo Contratación Directa (Contratos de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión personas naturales y jurídicas).	8.0
Formatos	F002-P00-GC	Estudio Previo Mínima Cuantía	3.0
Formatos	F003-P00-GC	Estudio Previo (procesos de selección abreviada, concurso de méritos y licitación pública)	3.0
Formatos	F004-P00-GC	Estudio Previo Comodato	3.0
Formatos	F005-P00-GC	Estudio Previo Convenio Interadministrativo	2.0
Formatos	F006-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión - Persona Natural	6.0
Formatos	F007-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión - Persona Jurídica	5.0
Formatos	F008-P00-GC	Lista de Chequeo Radicación Arrendamiento Persona Natural	5.0
Formatos	F009-P00-GC	Lista de Chequeo Radicación Arrendamiento Persona Jurídica	5.0
Formatos	F010-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación Cuando No Exista Pluralidad de Oferentes Persona Natural	5.0
Formatos	F011-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación Cuando No Exista Pluralidad de Oferentes Persona Jurídica	5.0
Formatos	F012-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Mínima Cuantía	5.0
Formatos	F013-P00-GC	Lista de Chequeo para Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Subasta Inversa	5.0
Formatos	F014-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Selección Abreviada	5.0
Formatos	F015-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Licitación Pública	5.0
Formatos	F016-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Comodato	5.0
Formatos	F017-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Convenio Interadministrativo	5.0


Formatos	F018-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso de Concurso de Méritos	4.0
Formatos	F019-P00-GC	Radicación DTSC como contratista (venta de servicios)	3.0
Formatos	F020-P00-GC	Aviso de Convocatoria	3.0
Formatos	F021-P00-GC	Invitación Pública de Mínima Cuantía	3.0
Formatos	F022-P00-GC	Proyecto de Pliegos de Condiciones V03	4.0
Formatos	F023-P00-GC	Acta de Audiencia de Cierres de Proceso y Apertura de Sobres	3.0
Formatos	F024-P00-GC	Comunicación de aceptación	3.0
Formatos	F025-P00-GC	Minuta del Contrato	5.0
Formatos	F026-P00-GC	Acta de Inicio	4.0
Formatos	F027-P00-GC	Informe de Actividades Realizadas en Cumplimiento del Contrato	2.0
Formatos	F028-P00-GC	Certificado del Cumplimiento del Contrato Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión	4.0
Formatos	F029-P00-GC	Certificación de cumplimiento persona jurídica	5.0
Formatos	F030-P00-GC	Supervisión contrato de Prestación de Servicios de Salud	4.0
Formatos	F031-P00-GC	Acta de liquidación	4.0
Formatos	F032-P00-GC	Soporte de Entrega de Información y Elementos Institucionales	4.0
Formatos	F035-P00-GC	Estudio Previo Convenio de Asociación	2.0
Formatos	F036-P00-GC	Estudio Previo Contratación Directa (Contratos interadministrativos).	2.0
Formatos	F037-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Relativos al Proceso del Proceso de Contratación Directa Convenio de Asociación V02	3.0
Formatos	F038-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Contratos Interadministrativos	3.0
Formatos	F039-P00-GC	Lista de Chequeo Acuerdo Marco de Precios	2.0
Formatos	F040-P00-GC	Lista de Chequeo Enajenación a Título Gratuito	2.0
Formatos	F041-P00-GC	Estudio Previo Contratación Directa(Contrato o Convenio interadministrativo-Plan de intervenciones colectivas).	6.0
Formatos	F042-P00-GC	Certificado del Cumplimiento del Contrato - Plan de Intervenciones Colectivas PIC	4.0
Formatos	F043-P00-GC	Constancia de Solicitud de Cotizaciones	2.0
Formatos	F044-P00-GC	Lista de Chequeo para la Radicación de Documentos Contratos Interadministrativos - Plan de Intervenciones Colectivas	1.0
Formatos	F045-P00-GJ	Certificado de experiencia e idoneidad	1.0



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: DEFENSA JUDICIAL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GJ
			Fecha	2017-10-10
	Proceso: GESTIÓN JURIDICA		Versión	2.0
	Procedimiento: DEFENSA JUDICIAL			

Objetivo

Definir las actividades necesarias para impulsar el ejercicio de las políticas de la defensa judicial en los intereses litigiosos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, prevenir el daño antijurídico y utilizar la conciliación administrativa como mecanismo alternativo de solución de conflictos contribuyendo a la reducción de las erogaciones y la disminución de los conflictos.

Responsable

Subdirector Jurídico, Equipo de Defensa Judicial

Alcance

Inicia con la recepción de conciliaciones prejudiciales, exhortos, tutelas o incidentes de desacato y termina con el archivo o cumplimiento del fallo judicial.

Generalidades

Acción de Tutela: Es un mecanismo de protección a los Derechos Constitucionales fundamentales de los habitantes del territorio Colombiano. La Constitución Nacional en su artículo 86 dispuso que toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por si misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus Derechos Constitucionales Fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de autoridades en los casos provistos por la Ley.

Desacato: Es un trámite que procede cuando no se ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el fallo de la Acción de Tutela, y en el cual el Juez ordena a la entidad dar cumplimiento a ello so pena de Sanción. **Derecho de petición:** derecho que la Constitución nacional en su artículo 23 ha concedido a los ciudadanos para que estos puedan presentar peticiones a las autoridades, para que se les suministre información sobre situaciones de interés general y/o particular.

Proceso judicial: Sucesión de actos que se desenvuelven progresivamente mediante la decisión de una autoridad

Comité de Conciliación: El Comité de Conciliación es una instancia administrativa que actúa como sede de estudio, análisis y formulación de políticas sobre prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses de la entidad. Igualmente decidirá, en cada caso específico, sobre la procedencia de la conciliación o cualquier otro medio alternativo de solución de con jurídicas sustantivas, procedimentales y de control vigentes, evitando lesionar el patrimonio público.

El procedimiento de la Defensa Judicial de la entidad se realiza de acuerdo con los parámetros y tiempos definidos en el plan de calidad.

Es responsabilidad del Comité de Conciliación de la entidad decidir la viabilidad de iniciar o no una acción de repetición, analizando caducidad de la acción, riesgo beneficio y prosperidad de la misma.

El trámite a los exhortos ante los despachos judiciales es responsabilidad de la Subdirección que corresponda, quien debe cumplir con los términos estipulados. La Defensa Judicial es la encargada de realizar seguimiento a dicho trámite.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P01-GJ	Hoja guía para determinar causas de conflicto	2.0
Formatos	F002-P01-GJ	Valoración de la probabilidad de fallos judiciales en contra	2.0
Formatos	F003-P01-GJ	Control de procesos judiciales	2.0
Formatos	F004-P01-GJ	Identificación para Pagos Anticipados	3.0
Formatos	F005-P01-GJ	Lista de Chequeo Expedientes Físicos Defensa Judicial	1.0
Planes de Calidad	PC-P01-GJ	Plan de Calidad Defensa Judicial	9.0

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepción de solicitud	Responsable de Ventanilla Única	Las solicitudes para trámite de la defensa judicial pueden ser las conciliaciones prejudiciales, exhortos, tutelas, incidentes de desacato. Estas solicitudes ingresan en ventanilla única, quien remite a la Subdirección Jurídica para su trámite.	Conciliaciones prejudiciales Exhorto Tutelas Incidentes de desacato.
3. Entrega de la documentación al responsable del trámite	Secretaria(o) Subdirección Jurídica	La documentación es entregada al responsable de la secretaria de la Subdirección Jurídica, quien remite a la persona competente para realizar el trámite dicha solicitud, dejando registro en el libro radicador. Para el caso de las tutelas e incidentes de desacato estos son entregados directamente al equipo de trabajo responsables para su trámite.	Libro radicador
4. Trámite de la solicitud	Abogado responsable Técnicos de apoyo	De acuerdo con el tipo de solicitud, el profesional asignado da el trámite de acuerdo con los parámetros y tiempos definidos en el plan de calidad estipulado para este procedimiento.	Expedientes Registro en base de datos
5. Sentencia	Abogado responsable Técnicos de Jurídicos	Para el caso de demandas en contra de la DTSC, el beneficiario del fallo o su apoderado judicial radica en ventanilla única de la entidad la solicitud de pago, con el respectivo poder debidamente autenticado y copia auténtica de la sentencia de primera y segunda instancia. El abogado de defensa judicial realiza la revisión de la cuenta de cobro y procede elaborar el acto administrativo que ordena el cumplimiento de la sentencia y liquidación e indexación si a ello hubiere lugar, con la respectiva citación a la notificado. El acto y la citación de la notificaciones entrega a la secretaria de la subdirección jurídica, para que el subdirector jurídico, en un término de dos días, posteriormente se remite a la secretaria de Dirección General para suscripción por Director General y respectiva numeración, quien tendrá 2 días. Firmado y numerado el acto la secretaria de Dirección General le entrega al abogado de defensa judicial para que continúe con el trámite de notificación. Nota: la Notificación se realiza de acuerdo a los parámetros establecidos en el plan de calidad. Para el caso de tutelas se analiza la decisión judicial y se determina si procede impugnación. Si procede la impugnación se proyecta la misma, solicitando al Despacho Judicial la reconsideración del fallo de primera instancia.	Expedientes con sentencia Registro en base de datos
6. Archivo del proceso	Técnicos de Jurídicos	El responsable del archivo de gestión, realiza el archivo de los documentos de acuerdo con los lineamientos de Gestión Documental y las TRD establecidas.	Expediente
7. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: COBRO COACTIVO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas	Código	P02-GJ
	Proceso: GESTIÓN JURIDICA	Fecha	2021-12-30
	Procedimiento: COBRO COACTIVO	Versión	6.0

Objetivo

Definir los lineamientos para realizar la gestión de recaudo de cartera a través de los procedimientos administrativos de cobro coactivo orientados por los principios constitucionales de economía, celeridad, eficacia, imparcialidad, publicidad, contradicción, legalidad, debido proceso y derecho de defensa.

Responsable

Subdirector Jurídico, Equipo de cobro coactivo

Alcance

Inicia con la recepción y revisión del título ejecutivo y termina hasta proferir el auto que ordena la terminación y archivo del proceso de Cobro Coactivo.

Generalidades

1. De acuerdo con las diferentes actividades que desarrolla la entidad, existen diferentes procesos susceptibles de cobro coactivo: como son los procesos de investigaciones administrativas derivadas de IVC, liquidación de contratos, demandas administrativas donde se generan costas a favor de la entidad, intereses causados por pagos extemporáneos, bonos y cuotas partes pensionales, investigaciones disciplinarias y demás donde la DTSC resulte acreedora de obligaciones a su favor.

2. Para dar inicio a un cobro coactivo es necesario dar cumplimiento a los siguientes pasos:

a. Generación del Título: Cada proceso responsable de desarrollar las actividades descritas en el punto 1, debe tener claridad que para la generación de una cuenta por cobrar a favor de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se debe constituir un título, el cual puede ser una resolución, sentencia, acta de liquidación o el soporte que en el marco legal obligue a un tercero a generar un pago a favor de la entidad. Cada proceso deberá contar con el procedimiento previo para la generación del título según sea el caso, el cual estará establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad. El título deberá especificar la siguiente información:

Persona Natural Persona Jurídica

Nombre completo Nombre de la Persona Jurídica y del representante legal

Nº de identificación Nit

Dirección de notificación Dirección de notificaciones judiciales

Correo electrónico Correo electrónico

Adicionalmente en el título debe quedar claramente definida la fecha límite de pago que no puede superar los 15 días hábiles después de la fecha de la notificación.

Para facilitar el control de los pagos generados, en el título se deberá especificar que la consignación del pago debe contener el nombre o razón social del ejecutado y el número de identificación.

b. Constancia Ejecutoria: los procesos que corresponda según la actividad, después de notificado el título deben estar ejecutoriados, donde el responsable del proceso debe expedir la constancia de ejecutoria o estampar el sello en el acto administrativo que presta mérito ejecutivo. En las sentencias judiciales, al día siguiente de su notificación, la sentencia queda debidamente ejecutoriada por lo tanto no se requerirá un documento adicional.

c. Una vez el título esté ejecutoriado debe ser remitido por el módulo que corresponda a pagaduría, con la finalidad que se realice seguimiento a los pagos. Si al día 16 no sea generado el pago, pagaduría deberá reportar por este módulo a contabilidad para que sea ingresado como una cuenta por cobrar, de lo contrario informará al área que generó el título el ingreso del pago.

d. Contabilidad será la responsable de remitir por el módulo que corresponda, el título para dar inicio al procedimiento administrativo de cobro coactivo.

3. Acuerdos de Pago: En cualquier etapa del proceso el deudor podrá solicitar facilidades para el pago, la solicitud se hará por escrito y esta contendrá el plazo solicitado y la forma de pago. La DTSC tiene en cuenta lo previsto en la normatividad vigente frente al tema y en el manual reglamento interno de cartera de la entidad, en donde se contendrán los requisitos para celebrar acuerdos de pago. Una vez revisados los requisitos y la solicitud, la DTSC a través de resolución concederá el acuerdo de pago, documento que a su vez presta mérito ejecutivo y debe ser notificado. Será el equipo de cobro coactivo el único autorizado para realizar el trámite de acuerdos de pago y para su suscripción el título deberá estar previamente registrado en contabilidad como una cuenta por cobrar.

4. Del acto administrativo por medio del cual se concede una facilidad de pago, el cual podrá suscribirse antes de iniciar el proceso de cobro coactivo y en todo caso después de la ejecutoria del título; el equipo de cobro coactiva deberá cargar la resolución de acuerdo de pago en el módulo para que el área de tesorería realice el seguimiento a los pagos pactados.

Para el caso de incumplimientos al acuerdo de pago, se realizará máximo tres requerimiento a través de oficio, si el deudor no efectúa el pago se declarará el incumplimiento a través de resolución, lo cual impide que la persona vuelva a celebrar un acuerdo de pago sobre ese proceso. Una vez notificada la resolución del incumplimiento se informará de esta a contabilidad, para que realice los ajustes contables pertinentes.

Cobro coactivo realizará el monitoreo de pagos y llevará registro de estos en el módulo de cobro coactivo, retroalimentando a tesorería a través de correo electrónico.

6. Tesorería no podrá certificar ningún paz y salvo relacionado con una deuda de cobro coactivo o con acuerdo de pago sin el visto bueno del subdirector jurídico.

7. Las actividades de cobro persuasivo se realizarán de en cualquiera de la etapas de cobro de conformidad con lo establecido en el reglamento de Recaudo de Cartera de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

8. Las medidas cautelares que correspondan serán tramitadas de acuerdo con los lineamientos establecidos en el reglamento interno de cartera.

9. Las cuentas se convertirán en de difícil recaudo cuando la persona natural fallece, o cuando la persona jurídica se liquida en su totalidad, cuando existan demandas judiciales en curso, o se cuando se determine que el deudor no posee bienes muebles o inmuebles de su propiedad susceptibles de embargo.

10. Las metas de recaudo se definirán en enero de cada vigencia, tomando como base el 25% de la cartera a 31 de diciembre de la vigencia anterior, excluyendo el valor de los procesos clasificados como de difícil recaudo.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Resolución		Reglamento Interno de Recaudo de Cartera	1.0
MANUAL	M001-P02-GJ	Manual Interno de Cartera	1.0
Formatos	F001-P02-GJ	Lista de Chequeo para la Radicación de Resolución Sanción de IVC	3.0
Formatos	F002-P02-GJ	Lista de Chequeo para la Radicación de Sentencias Judiciales	3.0
Formatos	F003-P02-GJ	Lista de Chequeo para la Radicación de Liquidación de Contratos	3.0
Formatos	F004-P02-GJ	Lista de Chequeo para la Radicación de Investigaciones Disciplinarias	3.0
Formatos	F005-P02-GJ	Lista de Chequeo para la Radicación de Cuotas Partes Pensionales por Cobrar	4.0
Formatos	F007-P02-GJ	Lista de Chequeo para la Radicación de Otras Obligaciones a Favor de la DTSC V01	1.0
Formatos	F008-P02-GJ	Liquidación de Intereses Moratorios	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Remisión del acto administrativo ejecutoriado	Oficina productora del título - Contabilidad Tesorería	<p>La oficina productora del título, una vez ejecutoriado realiza la remisión de este a Tesorería a través del módulo del SIG con el fin de hacerle el respectivo seguimiento al pago, de acuerdo con lo establecido en el título.</p> <p>Una vez transcurrido el término para realizar el respectivo pago, el área de tesorería remitirá a través del módulo de SIG al área de Contabilidad, para el registro del título como una cuenta por cobrar, será contabilidad que a través de este medio informe a cobro coactivo para la revisión e inicio del proceso de cobro.</p> <p>Si dentro del término establecido se realiza el pago, el área de Tesorería debe reportar el pago a la oficina encargada de producir el título.</p>	<p>Título con anexos radicado en el módulo</p> <p>Recibos de pago (Cuándo aplique)</p>
3. Revisión y registro del título	Abogado de Cobro Coactivo	<p>El abogado de cobro coactivo realiza la revisión de la documentación con el fin de determinar si efectivamente constituye un título ejecutivo. Si la documentación cumple, se realiza el registro del deudor en el módulo de cobro coactivo, con el fin de determinar la identificación básica de este como: Nombre completo, cédula o NIT, dirección, teléfonos y demás información que facilite las notificaciones que se surtan a lo largo del proceso.</p> <p>Adicionalmente se registró en la lista de chequeo de la información del título para dar apertura al expediente, asignando el consecutivo correspondiente según la naturaleza del título (Sentencias SC, Multas de IVC: M; Administrativos AD, Disciplinarios DS, Contratos C)</p> <p>En caso de que la documentación no cumpla, se realizará el requerimiento a la respectiva área a través del módulo correspondiente con el fin de darle continuidad al proceso. El abogado para ello, es decir devolver la documentación para que se subsane en área emisor o quien remite la documentación a cobro coactivo, contara con 5 días hábiles, desde que la misma se traslade formalmente a cobro coactivo.</p> <p>Adicionalmente se registró en la lista de chequeo de la información del título para dar apertura al expediente, asignando el consecutivo correspondiente según la naturaleza del título (Sentencias SC, Multas de IVC: M; Administrativos AD, Disciplinarios DS, Contratos C)</p> <p>En caso de que la documentación no cumpla, se realizará el requerimiento a la respectiva área a través del módulo correspondiente con el fin de darle continuidad al proceso.</p> <p>En el evento en que el proceso no subsane todos los requisitos necesarios, se notificará al área de contabilidad por medio de oficio.</p> <p>Para esta actividad el abogado de cobro coactivo cuenta con un término de 30 días calendario para agotar la etapa persuasiva.</p>	<p>Títulos registrados en el módulo de cobro coactivo</p> <p>Base de Datos de consecutivos</p> <p>Expediente con los documentos soportes.</p> <p>Oficio Devolución cuando aplique</p>
4. Envío de solicitud de persuasión	Técnico Jurídico - Abogado de Cobro Coactivo	<p>Una vez registrado el título, se realiza una actuación de impulso para informarle que tiene una obligación a favor de la DTSC y que contará con 10 días para presentarse de lo contrario se dará inicio con el proceso de cobro coactivo. Esta citación se envía por correo certificado o mensajería expresa y es firmada por el abogado de cobro coactivo.</p> <p>Para el envío del oficio persuasivo el área de cobro coactivo se tiene máximo 8 días hábiles contados a partir del registro formal en SIG</p>	Citación cobro persuasivo

5. Solicitud de información financiera y de bienes del deudor	Técnico Jurídico- Abogado de Cobro Coactivo	<p>Mensualmente, o cuando se requiera se solicita mediante oficio información financiera y de los bienes del deudor, a entidades tales como: Entidades Bancarias, oficina de tránsito, oficina de Registro e instrumentos públicos, cámara de comercio, Registraduría Nacional.</p> <p>Los oficios se envían por correo certificado o mensajería expresa y firmados por el abogado de cobro coactivo.</p> <p>NOTA: La información financiera y de bienes del deudor, puede ser utilizada en la etapa persuasiva del procedimiento, simultáneamente con el mandamiento de pago, o posterior a este.</p>	Oficios de solicitud de información
6. Acciones de Cobro Persuasivo	Técnico Jurídico- Abogado de Cobro Coactivo	<p>Este procedimiento se realiza por la entidad para obtener el pago voluntario de la obligación, siempre y cuando esta cumpla con los parámetros legales y técnicos, para ser objeto de cobro persuasivo (contar con información del deudor, que la obligación no esté a punto de prescribir, entre otros).</p> <p>Las actividades de cobro persuasivo se realizarán de conformidad con lo establecido en el Manual de Recaudo de Cartera de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, dentro de los 30 días siguientes al registro del Deudor en la Base de datos. El cobro persuasivo otorgará un plazo de 10 días hábiles al deudor, para efectuar el pago de sus obligaciones o suscribir un acuerdo de pago.</p> <p>Vencidos los 10 días sin que se verifique pago efectivo o suscripción de acuerdo de pago y potestativo al área, se podrá buscar una nueva comparecencia según las circunstancias dentro del término establecido para ello de 30 días), posterior al termino para agotar la etapa persuasiva, se procederá a proferir el mandamiento de pago.</p>	Registro de llamadas Correos Electrónicos Oficio Comprobante de Pago Acuerdo de Pago
7. Proferir acto administrativo mandamiento de pago y citación de notificación	Subdirector Jurídico- Abogado de Cobro coactivo	<p>El Abogado de cobro coactivo proyecta el mandamiento de pago, ordenando la cancelación de las obligaciones pendientes, más los intereses respectivos que se lleguen a generar hasta el momento del pago.</p> <p>En el mandamiento de pago, se establecerán medidas previas como embargo y secuestro preventivo de los bienes del deudor, según sea viable el decreto para ello y teniendo en cuenta los criterios establecidos en el manual de Cartera de la DTSC. Adicionalmente, proyecta la citación.</p> <p>Para la proyección de dichos documentos el Abogado de cobro coactivo tiene 10 días.</p> <p>Dichos documentos se remiten a través de la secretaria de la Subdirección Jurídica para revisión y firma del Subdirector el cual tendrá un plazo de 3 días, para devolverlos al Abogado de cobro coactivo debidamente firmados, quien envía a más tardar al día siguiente de su recepción, la citación a través de correo certificado o mensajería expresa, para que el deudor comparezca a notificarse personalmente del mandamiento de pago en un término de 10 días contados a partir del recibo de la comunicación.</p>	Libro radicator Acto administrativo que profiere el mandamiento de pago Citación de notificación con radicado de ventanilla única de correspondencia. Guía de envío.
8. Notificación del mandamiento de pago	Subdirector Jurídico- Abogado de Cobro coactivo	<p>En las instalaciones de la DTSC, comparecen los deudores con el fin de que sean notificados personalmente, una vez surtida dicha notificación que se realiza en un acta, el deudor cuenta con 15 días para realizar el pago, solicitar acuerdo de pago o proponer las excepciones que considere.</p> <p>En caso de no comparecencia o devolución, de manera inmediata, el Abogado de cobro coactivo notifica el mandamiento de pago de la siguiente manera:</p> <p>a. Notificación por Correo: se proyecta oficio para remitir la copia del mandamiento de pago al deudor, a través de correo certificado.</p> <p>b. Notificación por publicación: se remite el mandamiento de pago en archivo PDF al correo webmaster@saluddecaldas.gov.co para su publicación en la página web de la entidad.</p> <p>Estas notificaciones son firmadas por el Subdirector Jurídico.</p>	Acta de Notificación personal Oficio remisorio del mandamiento de pago con radicado de ventanilla única

9. Tramite de excepciones	Subdirector Jurídico- Abogado de Cobro coactivo	<p>El deudor dentro de los (15) días hábiles siguientes, a la notificación del mandamiento de pago, puede proponer las excepciones que considere pertinentes.</p> <p>El funcionario ejecutor procede a resolver las excepciones mediante resolución así:</p> <p>a. No Probadas: En la resolución se declara que las excepciones no se encuentran probadas, caso en el cual se indicara que el proceso continua.</p> <p>b. Probadas: Resolución que declare probadas total o parcialmente las excepciones propuestas, caso en el cual se ordena la terminación y archivo del proceso, y se levantan las medidas cautelares si se hubieren decretado.</p> <p>Una vez recibido el documento de excepciones por el Abogado, este deberá proyectar la resolución y citación para la notificación del acto dentro de los 20 días siguientes y remitirla a la Subdirección Jurídica para revisión y firma, quien tendrá 5 días, para devolverlos al Abogado de cobro coactivo, quien envía a más tardar al día siguiente de su recepción, la citación a través de correo certificado o mensajería expresa.</p> <p>La resolución que resuelve las excepciones tiene recurso de reposición, el deudor contará con un mes para interponer el recurso y el equipo de cobro coactivo contará con otro mes para resolverlo.</p>	<p>Resolución de excepciones</p> <p>Citación de notificación con radicado</p> <p>Resolución que resuelve el recurso cuando aplique.</p>
10. Resolución ordenando seguir adelante con la ejecución en caso de no proponer excepciones	Abogado de Cobro coactivo - Subdirector Jurídico	<p>Se profiere resolución ordenando continuar con la ejecución y decretando las medidas cautelares si no se han decretado, según lo establecido en el Reglamento de Cartera de la DTSC.</p> <p>Una vez finalizado el plazo para proponer excepciones, dentro de los 5 días siguiente el Abogado de cobro coactivo, proyecta la resolución ordenando seguir con la ejecución y citación para la notificación del acto y la remite a la subdirección jurídica para revisión y firma, quien tendrá 5 días, para devolverlo al Abogado de cobro coactivo, quien envía la citación a más tardar al día siguiente de su recepción, a través de correo certificado o mensajería expresa</p>	<p>Resolución que ordena seguir adelante con la ejecución</p> <p>Citación de notificación con radicado</p>
11. Pago de la Obligación o embargo de cuentas	Abogado de Cobro Coactivo	<p>Si el deudor tiene la intención de efectuar pago, se elabora la liquidación definitiva, para ser validada por el deudor, si éste no tiene objeción, se imprime la liquidación más intereses moratorios para que efectúe el respectivo pago. Copia de esta liquidación se archiva en el expediente para realizar la validación del pago.</p> <p>El Abogado de cobro coactivo, verifica en tesorería el ingreso del pago en el sistema financiero de la entidad y solicita el comprobante de ingreso, para elaborar el acto de terminación de archivo del proceso.</p> <p>En el evento en que el deudor no realice el pago, se realizan llamados telefónicos como mecanismo de persuasión con el fin de brindarle facilidades de pago.</p> <p>De continuar con su omisión se continúa la ejecución y se realizan los embargos.</p>	<p>Liquidación</p> <p>Comprobante de ingreso</p> <p>Extracto de la cuenta de depósitos judiciales para el caso de embargos</p>

12. Auto de terminación y archivo	Abogado de Cobro coactivo - Subdirector Jurídico	<p>Se procede a elaborar el auto de terminación y archivo del proceso, posteriormente se envía citación para la notificación del archivo del proceso al deudor.</p> <p>El Abogado de cobro coactivo, tiene 5 días para la proyección del Auto de terminación y la citación de notificación del acto y remite a la subdirección jurídica para revisión y firma, quien tendrá 5 días para devolverlo al Abogado de cobro coactivo, quien envía la citación a más tardar al día siguiente de su recepción, a través de correo certificado o mensajería expresa.</p> <p>Una vez se notifica el auto de terminación este se adjunta a través de la plataforma SIG y el área de contabilidad realiza las acciones contables necesarias.</p> <p>El equipo de cobro coactivo realiza el levantamiento de medidas de embargo si hubo lugar durante el proceso.</p> <p>Se realiza la organización del expediente de acuerdo con las TRD vigentes.</p>	Auto de terminación Expediente
13. Fin			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: ASESORIA JURIDICA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN JURIDICA Procedimiento: ASESORIA JURIDICA		Código	P04-GJ
			Fecha	2020-11-27
			Versión	3.0

Objetivo

Definir lineamientos para realizar la asesoría a todos aquellos asuntos jurídico administrativos que deba adelantar la entidad, de acuerdo con los parámetros establecidos por ley

Responsable

Subdirector Jurídico, Equipo de Jurídicos de la entidad

Alcance

Inicia con la recepción de solicitudes de asesoría jurídica y finaliza con el archivo de las actuaciones administrativas según TRD

Generalidades

Las necesidades de consultas o conceptos jurídicos pueden ser identificadas por las diferentes subdirecciones u oficinas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Todas las solicitudes de consultas o conceptos jurídicos deben realizarse a través del trámite de solicitudes jurídicas establecido en el SIG.

Las solicitudes de consultas y conceptos jurídicos deberán tramitarse con celeridad, eficacia e imparcialidad y el plazo para resolver será de acuerdo con los términos estipulados según caso.

Cuando soliciten un concepto jurídico, este contará con una conclusión, en lenguaje fácil y comprensible para el área solicitante.

Todos los actos administrativos que son suscritos por el Director General debe estar avalados por el Subdirector Jurídico

En caso de no encontrarse de acuerdo con el concepto emitido se llevará a análisis en mesa de trabajo liderada por el Subdirector Jurídico o su delegado para atender los requerimientos del caso en particular.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P04-GJ	Lista de Chequeo Revisión de Actos Administrativos	2.0
Formatos	F002-P04-GJ	Lista de Chequeo Revisión de Pagos por Resolución	2.0
Formatos	F009-P04-GJ	Lista de Chequeo Autorización de Dispensación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud	2.0
Formatos	F010-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Autorización de Funcionamiento de Droguería.	2.0
Formatos	F011-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción de Ambulancias al Fondo Rotatorio de Estupefacientes.	2.0
Formatos	F012-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción de Establecimientos Farmaceuticos Mayoristas al Fondo Rotatorio de Estupefacientes	2.0
Formatos	F013-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción de Establecimientos Farmacéuticos Minoristas al Fondo Rotatorio de Estupefacientes	2.0
Formatos	F014-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción de Servicios Farmacéuticos Dependiente al Fondo Rotatorio de Estupefacientes	2.0
Formatos	F015-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción de Servicios Farmacéuticos Fondo Rotatorio de Estupefacientes (IPS)	2.0
Formatos	F016-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción Establecimientos Veterinarios al Fondo Rotatorio de Estupefacientes	2.0
Formatos	F017-P04-GJ	Lista de Chequeo para la Inscripción para Droguerías y Depósitos de Medicamentos al Fondo Rotatorio de Estupefacientes	2.0

Formatos	F019-P04-GJ	Notificación Personal	3.0
Formatos	F020-P04-GJ	Notificación por Aviso	2.0
Formatos	F021-P04-GJ	Lista de Chequeo Revisión de Acto Administrativo Cobro a EPS por servicios POS	2.0
Planes de Calidad	PC-P04-GJ	Plan de calidad procedimiento de Asesoría Jurídica	3.0

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepción de solicitudes	Personal de Ventanilla única Secretaría Subdirección Jurídica Subdirector Subdirección Jurídica	Las solicitudes de asesoría jurídica se determinan en la respuesta a una petición interna bien sea para consultas, emisión de conceptos o actos administrativos o revisión legal de documentos. Todas las solicitudes relacionadas con la asesoría jurídica, se registrarán en el módulo de trámite de solicitudes jurídicas en el SIG. Registrada la solicitud se dará traslado al Subdirector Jurídico para su revisión y reparto a la persona o equipo de trabajo que corresponda.	Solicitud registrada en el trámite de solicitudes jurídicas
3. Asignación del responsable de dar respuesta a la solicitud	Subdirector Jurídico	El Subdirector Jurídico revisa las solicitudes y determina la persona competente para realizar la respuesta a la petición o la revisión del acto administrativo, según el caso, para lo cual contará con 2 días para la asignación	Registro de asignación a través del sig
4. Trámite de la solicitud jurídica	Profesional asignado	La persona asignada proyecta la respuesta al derecho de petición, consulta, concepto o revisión del acto administrativo, de acuerdo con los siguientes términos: Petición de conceptos jurídicos, consultas o información general 3 días para la petición de documentos o información 5 días para conceptos jurídicos y peticiones generales. Para el caso de revisión o proyección de actos administrativos se tendrá un término máximo de 8 días. Si de la revisión se estima que el documento no tiene mérito para salir, se devuelve al solicitante a través del trámite de solicitudes jurídicas.	Proyecto de respuesta Acto administrativo revisado
5. Revisión y suscripción de la respuesta por el Subdirector Jurídico	Profesional asignado Subdirector Jurídico	El profesional remite el proyecto de respuesta o acto administrativo al Subdirector Jurídico para su revisión. Según los siguientes términos 2 días para la petición de documentos o información 3 días para conceptos jurídicos, petición de interés particular, consulta y revisión de actos administrativos. Una vez revisada la documentación el Subdirector Jurídico dará su visto bueno y lo remite nuevamente al profesional asignado para que finalice el trámite.	Respuesta revisada o suscrita


6. Remisión de la respuesta de la solicitud.	Profesional asignado- Secretaria Dirección General- Director GeneralSecretaria Subdirección Jurídica	<p>Una vez firmada la respuesta la Secretaria de la Subdirección Jurídica remite de inmediato la respuesta al petionario.</p> <p>Para los actos administrativos se dará el tramite correspondiente, teniendo en cuenta si estos son de carácter general o particular.</p> <p>Una vez aprobada la respuesta por parte del subdirector jurídico, el profesional asignado envía la respuesta por el trámite de solicitudes jurídicas al respectivo solicitante.</p> <p>Para el caso de actos administrativos se realiza la impresión del acto para la suscripción y posteriormente proceder al envío de este al solicitante a través del trámite de solicitudes jurídicas.</p> <p>Envío de la respuesta al solicitante no podrá superar los dos días siguientes a la aprobación por el subdirector jurídico.</p>	Respuesta o acto administrativo con todos los anexos.
7. Archivo de la solicitud	Profesional asignado- Secretaria Dirección General Secretaria Subdirección Jurídica	Una vez finalizado todo y cada uno de los trámites, el solicitante realiza el cierre de la solicitud y será el responsable de custodiar en el archivo de gestión los documentos generados en físico según lo estipulado en a las TRD.	Respuesta o acto administrativo archivado
8. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Código	GAF
		Fecha	2019-09-17
		Versión	2.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Dirigir y coordinar las acciones relacionadas con la gestión de los recursos financieros, tecnológicos, físicos y documentales, con el fin de promover la transparencia, el uso eficiente de los recursos y el efectivo cumplimiento de los objetivos institucionales

Responsable

Subdirector Gestión Administrativa

Alcance

Inicia con los requerimientos institucionales, continúa con la gestión de los recursos humanos, físicos y económicos, así como también con la aplicación de las normas de gestión documental y termina con la atención oportuna de las necesidades.

Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> - ID01-GAF. Ejecución Presupuestal - ID02-GAF. Ejecución de presupuesto comprometido - ID03-GAF. Nivel de Inversión - ID04-GAF. Tomas físicas de inventario - ID06-GAF. Entrega oportuna de documentos radicados en ventanilla única

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Proceso Gestión Administrativa y Financiera Planeación Estratégica	1) Estatuto orgánico de presupuesto Departamental Plan de Desarrollo Departamental Marco fiscal de mediano plazo Plan Financiero del Departamento de Caldas Variables Macroeconómicas Proyecto de Presupuesto	(P, H, V) PRESUPUESTO Responsables: Auxiliar Admistrativo - Presupuesto, Profesional Especializado- Presupuesto, Subdirector Gestión Administrativa	1) Proyecto de presupuesto aprobado por el CODFIS Ordenanza que aprueba el presupuesto departamental Decreto de liquidación de presupuesto departamental Acuerdo de Junta aprobado de presupuesto y de PAC. Certificado de Disponibilidad Registros Presupuestales Seguimiento a ejecución de ingresos y gastos. Reportes de ejecución del presupuesto.	1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control
1) Proceso Gestión Administrativa y Financiera Proceso de Prestación de servicios de salud Proceso de Gestión Jurídica	1) Plan Único de Cuentas Presupuesto Aprobado para la vigencia Plan Anualizado de Caja Régimen contable	(P, H, V) CONTABILIDAD Responsables: Contratista Apoyo Contabilidad, Contratista Contador, Subdirector Gestión Administrativa	1) Libros contables actualizados Libros auxiliares por cuenta Balance General Estados de resultados Cambios en el patrimonio Notas de carácter general y específicas a los estados contables Certificación de estados contables Cuentas reciprocas Reporte a los entes de control Información exógena Informes tributarios	1) Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión Administrativa y Financiera Entes de vigilancia y control

<p>1) Proceso de Gestión Administrativa y Financiera Proceso de Gestión Jurídica</p>	<p>1) Presupuesto Aprobado de Ingresos y gastos Cuentas causadas</p>	<p>(P, H, V) TESORERIA Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Grupo de Tesorería</p>	<p>1) Acuerdo de Junta aprobado de presupuesto y de PAC</p> <p>Comprobantes de Ingreso</p> <p>Comprobantes de Egreso y soportes de pago</p> <p>Recibo individual de pago.</p> <p>Liquidación de obligaciones</p> <p>Generar y presentar los Informes solicitados por las diferentes áreas y los entes de vigilancia y control</p> <p>Generación de certificados</p>	<p>1) Procesos Estratégicos, Misionales, de apoyo y de Evaluación y Control de la Entidad. Entes de vigilancia y control Proveedores externos de la entidad</p>
<p>1) Procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control</p>	<p>1) Plan de adquisiciones</p> <p>Presupuesto Aprobado</p> <p>Reporte del inventario actual</p> <p>Facturas de insumos o elementos recibidos por otras áreas</p> <p>Factura y/o remisión de recibido a satisfacción por parte del almacén</p> <p>Resoluciones o contrato de cesión a título gratuito de bienes</p> <p>Contrato de comodato</p> <p>Ingreso de Bienes o suministro F001-P04-GAF</p> <p>Autorización de bienes y/o suministros F002-P04-GAF</p> <p>Reporte de bienes que requieren ser dados de baja</p> <p>Concepto técnico (Bajas)</p> <p>Solicitud de traspaso o Devolución</p>	<p>(P, H, V) ADMINISTRAR BIENES Y SUMINISTROS Responsables: Contratista Bienes y suministros, Subdirector Gestión Administrativa</p>	<p>1) Salida de bienes y/o suministros</p>	<p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control Acta de inventarios de suministros</p> <p>Acta de inventario actualizado de los activos fijos de la entidad</p> <p>Reporte por responsable designado - Devolutivos</p> <p>Solicitud de informe de estado de bienes en comodato y donaciones</p> <p>Acta de Comité de Baja</p> <p>Otros Documentos que soportan las bajas: Resolución de bajas, Listado de Elementos de Bajas, Denuncia por Pérdida.</p>

<p>1) Proceso Gestión Administrativa y Financiera</p>	<p>1) Normatividad</p> <p>TRD y TVD</p> <p>Lineamientos para la gestión de las comunicaciones</p> <p>Lineamientos para la organización de los archivos.</p> <p>Inventario Documental y lineamientos para la organización de los archivos centrales.</p>	<p>(P, H, V) GESTIÓN DOCUMENTAL Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Grupo Gestión Documental</p>	<p>1) Tablas De Retención elaboradas o actualizadas</p> <p>Tablas De Valoración elaboradas o actualizadas</p> <p>Todos los documentos a los cuales se les aplica las TRD organizados, y controlados.</p> <p>Inventarios Documentales, Archivos de gestión, archivo central y archivo histórico organizados de acuerdo con la normatividad vigente</p> <p>Transferencias documentales</p> <p>Elaboración y reporte de los informes solicitados por las diferentes áreas de la entidad</p>	<p>1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad</p>
<p>1) Planeación Estratégica</p> <p>Gestión para la Evaluación y Control</p> <p>Gestión de Administrativa y Financiera</p>	<p>1) - Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos</p> <p>- Informes de Gestión</p> <p>- Informes de Auditoría (Hallazgos)</p> <p>- Matriz de Riesgos y Peligros</p> <p>- Consolidado de Indicadores</p>	<p>(V, A) EVALUAR LA GESTIÓN DEL PROCESO Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Funcionarios</p>	<p>1) Informe de seguimiento y monitoreo de riesgos.</p> <p>Resultados de evaluación de Indicadores.</p> <p>Análisis de Encuestas de Satisfacción (Aplicativo).</p> <p>Informes de seguimiento</p>	<p>1) Planeación Estratégica</p> <p>Gestión Administrativa Y financiera</p>
<p>1) Proceso Gestión para la Evaluación y Control</p> <p>Proceso Planeación Estratégica</p> <p>Proceso Gestión Administrativa y Financiera</p>	<p>1) No Conformidades</p> <p>Resultados de análisis de Riesgos</p> <p>Resultados de análisis de Indicadores</p> <p>Resultados de auditorías internas y externas</p> <p>Resultados de Encuestas de satisfacción</p>	<p>(V, A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Funcionarios</p>	<p>1) Impactos mitigados</p> <p>Riesgos mitigados</p> <p>Controles implementados</p> <p>Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces</p>	<p>1) Proceso Gestión para la Evaluación y Control</p> <p>Proceso Planeación Estratégica</p> <p>Proceso Gestión Administrativa y Financiera</p>

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GAF	PRESUPUESTO
P02-GAF	CONTABILIDAD
P03-GAF	TESORERIA
P04-GAF	ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SUMINISTROS
P05-GAF	GESTION DOCUMENTAL


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: PRESUPUESTO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GAF
	Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Fecha	2017-11-24
	Procedimiento: PRESUPUESTO		Versión	4.0

Objetivo

Garantizar la planificación, ejecución, y control del presupuesto de la DTSC para el cumplimiento de las competencias y del plan de desarrollo en un marco racional, eficiente, eficaz y de oportunidad, acorde a las políticas del marco fiscal de mediano plazo.

Responsable

Profesional Especializado-Presupuesto, Subdirector Gestión Administrativa

Alcance

Este procedimiento aplica para todos los ingresos y gastos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, desde la elaboración del proyecto de presupuesto para la vigencia hasta el cierre de cada vigencia.

Generalidades

1. La expedición de certificados de disponibilidad presupuestal por parte del área de presupuesto deberán garantizar la existencia de recursos suficientes para atender todo tipo de gasto, el área de presupuesto verificara si se pueden o no comprometer los recursos.
2. Todos los actos administrativos y derogaciones que afecten el presupuesto de la entidad, a excepción de algunos gastos que no requieren de acto administrativo como son los servicios públicos, viáticos, amortización de la deuda, entre otros deberán contar con el registro presupuestal como requisito de perfeccionamiento para estos.
3. Durante la vigencia el área de presupuesto realiza las modificaciones al presupuesto, previa aprobación de la Junta Directiva, CODFIS o Asamblea Departamental según el caso. Las modificaciones a realizar son: adiciones o reducciones, créditos y contra créditos, emplazamientos y sustitución de rentas.
4. Los recursos presupuestados por excedentes de la Industria Licorera de Caldas, ingresos corrientes de libre destinación y demás rentas diferentes a salud que el Departamento de Caldas fuese a transferir a la DTSC, serán Certificados por la Secretaría de Hacienda o Tesorería del Departamento para su posterior cobro.
5. La asignación de recursos para la cofinanciación del régimen subsidiado en cada uno de los municipios del Departamento de Caldas se hará en concordancia la decreto 2265 de 2017 o normas que lo sustituyan y la DTSC los ejecutara sin situación de fondos de acuerdo a la liquidación mensual de afilados emitida por la ADRESS.
6. A 31 de diciembre se genera las cuentas por pagar y las reservas presupuestales, para lo cual el área de presupuesto tiene hasta el 20 de enero de la siguiente vigencia para emitir la resolución por medio de la cual se constituyen reservas presupuestales y cuentas por pagar correspondientes.
7. Todo el manejo presupuestal debe hacerse conforme a la Ley, en especial el Decreto 111 de 1996, la ordenanza 601 de 2008 o quienes las modifiquen o sustituyan.
8. Los Informes Financieros deben ser entregados a los diferentes entes de Control, en los tiempos establecidos para los mismos.
9. Las solicitudes de disponibilidad presupuestal se realizará a través del módulo establecido en el SISTOTAL, con el fin de garantizar que el servicio o producto a adquirir se ajuste al proyecto y la fuente correspondiente. Para la revisión de esta solicitud la oficina asesora de planeación y calidad tendrá 2 días hábiles para verificar el proyecto, presupuesto contara con 5 días para verificar la fuente y la Subdirección Administrativa dará visto bueno el mismo día y remitirá a través del módulo al subdirector solicitante para que imprima la solicitud y consiga las firmas para la generación del CDP. Los tiempos establecidos no aplican para casos prioritarios como es el caso de fallos de tutelas, los cuales se deberán tramitar el mismo día de la solicitud.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P01-GAF	Solicitud de Disponibilidad Presupuestal	6.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Elaborar proyecto de presupuesto para la vigencia	Director General, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad, Profesional Especializado- Presupuesto, Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento, Subdirector de Salud Pública, Subdirector Gestión Administrativa, Subdirector Jurídico, Secretaria de Hacienda Departamental Secretaria de Planeación Departamental CODFIS	<p>El responsable de presupuesto elabora el proyecto de presupuesto en conjunto con la oficina asesora de Planeación y según los tiempos y condiciones establecidos en el Estatuto orgánico de presupuesto Deptal, el Plan de Desarrollo Departamental y marco fiscal de mediano plazo. Para la proyección del proyecto de presupuesto, se tienen en cuenta factores como: la Estimación de Ingresos para la vigencia y el plan financiero elaborado en conjunto con la Secretaria de Hacienda del Departamento de Caldas (que incluye las variables macroeconómicas).</p> <p>El proyecto de presupuesto es presentado al Director General, subdirectores y área de planeación para su revisión y ajustes. Posteriormente se presenta conjuntamente, a las Secretarías de Hacienda y Planeación Departamental para su revisión e incorporación en el anteproyecto de presupuesto general del Departamento, para la aprobación ante CODFIS.</p>	Acuerdo de aprobación del anteproyecto de Presupuesto
3. Aprobar el Proyecto de Presupuesto	Asamblea Departamental Gobernador	<p>Una vez aprobado el anteproyecto, la Secretaria de Hacienda, presenta el proyecto de ordenanza a la Asamblea Departamental, para su aprobación, para lo cual la DTSC y demás secretarías sustentan el proyecto de presupuesto ante la Asamblea.</p> <p>Aprobado el presupuesto mediante ordenanza, el Gobernador de Caldas decreta y publica el presupuesto.</p>	Ordenanza que aprueba el presupuesto departamental Decreto de liquidación de presupuesto departamental.
4. Elaborar y aprobar el proyecto de Acuerdo para liquidación de Presupuesto de la DTSC	Profesional Especializado de Presupuesto Director GeneralJunta Directiva	<p>Una vez aprobado el presupuesto departamental y publicado la Ordenanza, a su vez solicitará el proyecto de decreto de liquidación del presupuesto para que la información consignada en él sea acorde al acuerdo de liquidación del presupuesto de la entidad.</p> <p>El encargado de presupuesto elabora el proyecto de acuerdo por el cual la Junta Directiva liquida el presupuesto de la vigencia con la desagregación por rubro.</p> <p>El proyecto de acuerdo es presentado por el Director General a la Junta Directiva para aprobación</p>	Ordenanza de Aprobación del presupuesto. Acuerdo de liquidación de presupuesto aprobado.
5. Socializar y Publicar acuerdo aprobado.	Profesional Especializado de Presupuesto Técnico Administrativo	<p>El acuerdo por medio del cual se aprueba el presupuesto es enviado a los entes de control y publicado en la pagina web de la entidad.</p> <p>Adicionalmente se ingresa en el software financiero, el presupuesto según los rubros aprobados en el Acuerdo y el PAC.</p>	Acuerdo de Junta aprobado de presupuesto y de PAC. Reportes de ingreso del presupuesto

6. Recepcionar solicitudes y expedir CDP	Profesional Especializado de Presupuesto Técnico Administrativo	<p>La subdirección que corresponda genera la solicitud de disponibilidad presupuestal, la cual debe ir firmada por el subdirector y el Director General.</p> <p>Se verifica en el módulo de solicitudes de CDP que la solicitud tenga definida fecha, concepto, valor, rubro y fuente.</p> <p>Una vez firmada la solicitud por parte del director, se verifica en el sistema los datos de la solicitud presupuestal para generar el certificado de disponibilidad, definiendo la fuente para los casos en que un proyecto este financiado por varias de ellas.</p> <p>El CDP es entregado al solicitante a través del módulo de solicitudes de CDP, máximo 2 días después de presentada la solicitud.</p> <p>Las solicitudes de CDP no aplican para Gastos de Inherentes a la Nómina, Servicios Públicos.</p>	Solicitud de disponibilidad presupuestal Certificado de Disponibilidad presupuestal
7. Expedir Certificado de Registro Presupuestal	Profesional Especializado de Presupuesto - Auxiliar Administrativo	<p>Para la generación del registro presupuestal se reciben los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contratos SECOP: deben traer la minuta del SECOP, RUT y anexo el certificado de disponibilidad presupuestal. 2. Contratos interadministrativos: El convenio interadministrativo, NIT y Certificado de Disponibilidad Presupuestal 3. Ordenes de Compra Colombia compra eficiente: NIT y certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP 4. Viáticos: Se recibe orden de comisión o autorización de desplazamiento. 5. Resoluciones: Resolución firmada, CDP y documentos soporte. 6. Pagos de servicios públicos: Factura y CDP. Solo se recibirán los documentos que cumplen en lo pertinente al principio de legalidad del presupuesto. <p>Para el caso de contratos, se traslada el RP con la documentación a la Subdirección Jurídica para continuar con el proceso de contratación. Para los otros casos se hace entrega a contabilidad para la causación y posterior pago por tesorería.</p>	Certificado de Disponibilidad Orden de comisión Contrato Resolución de pago Facturas Documentos soportes Registro Presupuestal
8. Generar reportes de ejecución e informes a entes de control.	Profesional Especializado de Presupuesto	<p>Con el fin de evaluar periódicamente la ejecución del presupuesto, el líder del proceso, genera el informe de ejecución presupuestal mensual, el cual debe ser remitido a más tardar dentro de los 5 primeros días siguientes a la finalización del mes, al Director General y al Subdirector Administrativo y Financiero para su análisis y toma de decisiones según aplique.</p> <p>Adicionalmente se presentan los diferentes informes a los entes de control o solicitantes.</p>	Reportes de ejecución del presupuesto. Informes
9. Cierre presupuestal	Técnico Administrativo	<p>Los cierres se realizan en el sistema financiero, se generan cierres parciales para que el sistema haga los cruces de información, cierres de fin de mes y cierre de vigencia.</p> <p>Para el cierre de vigencia se verifica que los CDP cuenten con el respectivo registro presupuestal, y en el caso de encontrar diferencias, se realiza la anulación del CDP.</p>	Reportes de ejecución de ingresos y gastos.
10. Fin			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: TESORERIA

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P03-GAF
	Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Fecha	2019-07-10
	Procedimiento: TESORERIA		Versión	4.0

Objetivo

Efectuar pagos a proveedores y acreedores de la entidad y verificación del recaudo ante las diferentes entidades generadoras de recursos.

Responsable

Profesional Universitario- Tesorería, Subdirector Gestión Administrativa

Alcance

Inicia con la elaboración del plan mensualizado de caja y termina con la verificación de ingresos y pagos a proveedores y acreedores de la entidad.

Generalidades

1. Definiciones y términos a tener en cuenta para la realización del procedimiento:

PAC: Plan Anualizado de Caja.

SISTOTAL: Software financiero utilizado en la DTSC.

2. La información de ingresos y pagos se registra en el SISTOTAL. (software financiero definido para la entidad).

3. Se realizarán modificaciones al PAC ya sea por ajustes al presupuesto o a los periodos de ejecución del PAC.

4. Los pagos por resolución se realizan de acuerdo con los lineamientos definidos en el instructivo establecido en el Sistema de Gestión de Calidad.

5. El pago de viáticos de los funcionarios y los gastos de permanencia de los contratistas para la realización de una comisión o autorización de desplazamiento, se realiza de acuerdo con los lineamientos dados por la entidad a través de la resolución de viáticos vigente y demás lineamientos definidos en el Sistema de Gestión de Calidad.

6. La entidad deberá retener el valor correspondiente a las estampillas por cada pago que se realice al contratista según los casos que aplique. Estos valores son declarados y transferidos al departamento dentro de los cinco (5) primeros de cada mes.

7. La expedición de constancias y certificaciones se realiza de acuerdo con la solicitud de cada tercero y se envía al correo electrónico del solicitante o se entrega personalmente.

8. El manejo de caja menor y nómina se realiza de acuerdo con los instructivos de caja menor y gestión de nómina definido por la entidad.

9. Todo pago realizado deberá estar soportado con el comprobante de egreso y los demás documentos que sustenten dicho pago y archivados de acuerdo con los lineamientos de gestión documental de la entidad.

10. Las acreencias a favor de la entidad, generadas a razón de un título ejecutoriado serán consideradas una cuenta por cobrar una vez transcurra el tiempo otorgado para el pago. Por lo tanto una vez ejecutoriado el título la oficina responsable lo entrega a tesorería quien será la responsable de realizar el monitoreo del ingreso de dichos pagos y recepcionar la constancia del pago generado por parte del tercero. De generarse el pago en los términos establecidos se remitirá la constancia del pago y soportes al área que generó el título, de lo contrario pasado el plazo para pago estipulado en el título, se remitirá por escrito la documentación al área de contabilidad para su causación como una cuenta por cobrar, para su posterior remisión a cobro coactivo con el fin de iniciar el respectivo proceso administrativo.

11. El tesorero realizará diariamente la revisión de los ingresos recibidos del día anterior y generará el reporte respectivo para la generación del recibo de caja. Este reporte deberá ser entregado al responsable finalizando la mañana. Esto no aplica para los ingresos derivados de las declaraciones tributarias ya que requieren de una revisión previa por la oficina de rentas del departamento.

12. Los recibos de caja deben generarse máximo a los 2 días hábiles de recepcionado el reporte. Para el caso de ingresos derivados por multas y sanciones se deberán realizar el mismo día, al igual que informar al área donde se generó la multa o sanción.

13. Los últimos días de cada mes se generará reporte de los ingresos sin identificar del mes anterior, con el fin de

remitirlo a las diferentes áreas para que apoyen en su identificación.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos	I01-P03-GAF	Instructivo para el manejo de Caja Menor	3.0
Instructivos	I02-P03-GAF	Instructivo de Gestión de Nómina	2.0
Instructivos	I03-P03-GAF	Instructivo Pagos por Resolución	1.0
Instructivos	I04-P03-GAF	Instructivo para pago de Estampillas	1.0
Instructivos	I05-P03-GAF	Instructivo para el Trámite y Control de Comisiones y Autorización de Desplazamiento.	5.0
Formatos	F001-P03-GAF	Solicitud de pago por caja menor	2.0
Formatos	F002-P03-GAF	Recibo de caja menor	2.0
Formatos	F003-P03-GAF	Solicitud de comisión de servicios o autorización de desplazamiento	3.0
Formatos	F004-P03-GAF	Certificado Permanencia	2.0
Formatos	F005-P03-GAF	Informe de Comisión	2.0
Formatos	F006-P03-GAF	Informe Gastos de Desplazamiento	2.0
Formatos	F007-P03-GAF	Cuenta de Cobro	5.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Realizar el plan anual Mensualizado de caja PAC	Profesional Universitario- Tesorería, Técnico Administrativo	<p>Se realiza el plan anual mensualizado de caja donde se define el monto máximo mensual de fondos disponibles para los órganos financiados con recursos de la DTSC y el monto máximo mensual de pagos que efectúa la entidad.</p> <p>Con base en el proyecto de presupuesto y las proyecciones del PAC realizadas por cada subdirección, se procede a la elaboración del PAC para ser aprobado por la Junta Directiva.</p> <p>Una vez probado el PAC, la oficina de presupuesto hace su registro en el SISTOTAL en el módulo de presupuesto.</p>	Acuerdo de junta de aprobación del PAC
3. Registrar los ingresos de la entidad	Auxiliar Administrativo - Subdirección de Gestión Administrativa, Profesional Universitario- Tesorería	<p>Se verifican diariamente los ingresos registrados en cada cuenta bancaria y se imprimen para la elaboración del recibo de caja.</p> <p>Los recibos de caja generados cada día, se registran en el SISTOTAL máximo tres días después del ingreso al banco, ingresando a la cuenta correspondiente el valor y el concepto de cada recibo.</p> <p>Para los casos en los que se maneje efectivo se debe realizar cuadre de caja y consignación del dinero diariamente en la cuenta que corresponda, para la posterior elaboración de recibos de caja teniendo en cuenta la secuencia de las facturas generadas.</p> <p>Para los otros casos de venta de servicios se envía el recibo de consignación digitalizado a tesorería para verificar el recepción del ingreso y la expedición del recibo oficial de caja.</p>	<p>Recibo de caja</p> <p>Relación de ingresos en el aplicativo SISTOTAL</p> <p>Copia de factura generada por venta de medicamentos</p> <p>Comprobante de consignación</p>


4. Realizar los pagos	Auxiliar Administrativo - Subdirección de Gestión Administrativa, Profesional Universitario- Tesorería, Encargado de presupuesto	<p>Se recepciona la autorización de giro y la liquidación de las obligaciones debidamente firmadas tanto por el contador como por el ordenador del gasto. De acuerdo con la liquidación de las obligaciones se agrupan por fuentes para la generación de los archivos planos en el aplicativo SISTOTAL y se imprime el comprobante de egreso.</p> <p>El tesorero prepara el pago, ingresa a la página virtual del banco y carga el archivo plano cambiando la extensión del archivo a txt y se aprueba el pago. En esta misma página se descarga el recibo individual de pago de dos a cuatro días después su aprobación.</p> <p>A cada comprobante de egreso se le anexa el recibo individual de pagos generado por el banco y se archiva en orden consecutivo de acuerdo con la numeración del comprobante de egreso.</p> <p>Para el caso de pagos de retención mensual de impuestos (retención en la fuente y rete IVA) se diligencia el formulario en la página de la DIAN y se realiza el pago en línea. Para el pago del RETEICA se ingresa a la página de la alcaldía se diligencia el formulario y se imprime para la firma del contador y tesorero. Para este pago se genera cheque.</p> <p>El pago de la seguridad social se realiza dentro de los 2 primeros días hábiles de cada mes ingresando a la página de pago electrónico integrado de seguridad social y parafiscales, revisando las planillas que se encuentren pendientes de pago.</p> <p>Una vez registrada la solicitud de pago el tesorero remite la documentación al encargado de presupuesto, quien verifica que la información registrada en la página virtual del banco este acorde con los soportes físicos, para proceder a autorizar el pago.</p>	Liquidación de obligaciones Soportes de pago Comprobante de egreso. Recibo individual de pago.
5. Generar reportes	Tesorero	<p>Se generan los reportes solicitados por los entes de control tales como:</p> <p>1- FUT: formato único territorial que se presenta a la gobernación trimestralmente para su posterior consolidación y envío al Ministerio de Hacienda.</p> <p>2. Circular Única: se reporta el formato de generadores mensualmente.</p> <p>3. Todos aquellos informes solicitados por la oficina de planeación.</p>	FUT Formato 275-277 (circular única)
6. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: CONTABILIDAD

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-GAF
	Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Fecha	2019-11-14
	Procedimiento: CONTABILIDAD		Versión	6.0

Objetivo

Brindar información contable aplicando principios de oportunidad, transparencia y confiabilidad a la alta gerencia para la toma de decisiones, así como a los clientes interno y externo de la entidad y demás partes interesadas.

Responsable

Contratista Contador, Subdirector Gestión Administrativa, Equipo de contabilidad

Alcance

Inicia con la parametrización del plan general de contabilidad pública y termina con la elaboración de estados financieros y de información requerida por los diferentes entes.

Generalidades

1. La creación y actualización de datos maestros contables correspondientes al plan general de contabilidad pública, se realizan en el software financiero SISTOTAL, revisando las bases de datos maestros correspondientes al Plan Único de Cuentas - PUC.

2. Trimestralmente se reporta a la Contaduría General de Nación, a través del CHIP, la información financiera de la DTSC, que comprende los siguientes formularios: Saldos y movimientos, operaciones recíprocas, variaciones trimestrales significativas, formulario COVID-19, y documentos anexos el Estado de situación Financiera, estado de resultados, cambios en el patrimonio, estado de flujos de efectivo y revelaciones de los estados. Adicionalmente semestralmente se reporta el boletín de deudores morosos del Estado Colombiano.

3. Las conciliaciones bancarias son el control que se efectúa mensualmente a los movimientos financieros de la entidad, en dichas conciliaciones, se confrontan el libro auxiliar de bancos y los extractos bancarios. El libro auxiliar de bancos de la entidad debe ser igual al saldo reportado en los extractos generados por las diferentes entidades financieras.

El reporte consolidado de la conciliación bancaria es firmado por el contador, el tesorero y el personal de apoyo de contabilidad y el lapso de tiempo requerido para que quede en firme dicha conciliación es de aproximadamente los 20 días hábiles de cada mes.

4. El área de Contabilidad, es la responsable de revisar los libros auxiliares y verificar que este correcta la declaración de impuestos, de lo contrario identifica las inconsistencias y efectúa las correcciones que se requieran para su pago, dando cumplimiento al calendario tributario establecido para la entidad. Los formularios de pago de impuestos deben ir con los respectivos vistos buenos de Contabilidad y Tesorería.

5. La vigencia fiscal comprende del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año. Al finalizar la vigencia se generan los siguientes reportes: comprobantes de cierre de cuentas de balance (CI), Saldos y movimientos, operaciones recíprocas, variaciones trimestrales significativas, formulario COVID-19, documentos anexos, el Estado de situación Financiera, estado de resultados, cambios en el patrimonio, estado de flujos de efectivo y revelaciones de los estados.

6. El estado de la situación financiera anual, trimestral o cuando se requiera, es firmado por el Director General como representante legal y el Contador Público, identificando tarjeta profesional.

7. Todos los ajustes o reclasificación de cuentas que se vayan a efectuar a la contabilidad de la entidad deben ser analizados en los Comités de sostenibilidad contable. Dichos comités deben ser citados a criterio y necesidad del contador, en estos se analiza todo tipo de cambio que se efectuó para dar cumplimiento a las normas vigentes regidas para entidades de gobierno según resolución 533 del 2015 y sus modificaciones, dando como resultado la aprobación o la observación a los ajustes requeridos por el contador, quedando un acta firmada por integrantes de dicho comité. Los ajustes de cierre aprobados mediante acta en la última sesión de cada vigencia fiscal, va avalada por acto administrativo firmada por el Director General, la cual contiene los códigos contables y valores que fueron afectados.

8. Los informes a los diferentes entes de control deberán ser reportados en los tiempos establecidos por la norma, previo aval del Director General.

9. El reporte de información exógena se realiza en los formularios establecidos en la página de la DIAN y según el calendario tributario, definido por dicha entidad.

10. Las acreencias a favor de la entidad, generadas desde el proceso de cobro coactivo serán consideradas una cuenta por cobrar una vez transcurra el tiempo otorgado desde el área de sancionatorio para el pago. Cuando este no se

cumpla, tesorería remite a través del módulo de trámites, a contabilidad para que sea causado a la cuenta contable 1384 Cobros coactivos, causación que debe ser realizada durante el mismo mes y reportada a través del módulo al equipo de cobro coactivo.

11. La trazabilidad de las cuentas recepcionadas para causación se observa a través de los pagos reflejados en el módulo de tesorería software SISTOTAL

12. Contabilidad efectúa revisión posterior al giro de los recursos, por prestación de servicios de salud, verificando el debido pago de los servicios prestados teniendo en cuenta los soportes y la normatividad establecida, con el fin de generar los reintegros pertinentes en caso de identificar diferencias.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL	M001-P02-GAF	Manual de Políticas Contables	2.0
Formatos	F001-P02-GAF	Balance Definitivo	1.0
Formatos	F002-P02-GAF	Conciliación Bancaria	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Adoptar el plan único de cuentas de la Contaduría General	Contador Equipo de contabilidad	El área de Contabilidad da cumplimiento a la normatividad técnica contable emitida por el Concejo Técnico de la Contaduría General de la Nación, partiendo de la base de parametrización del Plan Único de Cuentas.	Cuentas reales de balance, Cuentas nominales Cuentas de estado de resultados Cuentas de orden que se encuentran en el Software contable de la institución.
3. Recepcionar, clasificar y verificar los documentos de las operaciones a registrar	Contador Equipo de contabilidad	Se verifican todos los documentos que soportan las operaciones objeto de causación contable, con el fin de determinar que cumplan con los requisitos legales, tributarios y contables que rigen a la entidad. En caso de no estar completa la documentación requerida, se devuelve al área responsable, para que realice los ajustes correspondientes.	
4. Registrar la información contable	ContadorEquipo de contabilidad	La información es registrada en el sistema, de acuerdo con la clasificación de la codificación contable (activo, pasivo, patrimonio; ingresos, gastos, costos y cuentas de orden), generándose la causación de acuerdo al tipo de cuenta dando como resultado los libros auxiliares y liquidaciones de pago.	Causación en libros auxiliares y liquidaciones de pago
5. Revisar los reportes de consolidación	ContadorEquipo de contabilidad	Generada la causación, se realiza la revisión mensualizada de los libros auxiliares de cada una de las cuentas que conforman los estados financieros, se efectúan los ajustes pertinentes de ser necesario y se certifican los saldos a través del informe de estados de la situación financiera de la entidad.	Libros auxiliares de los estados financieros
6. Efectuar cierre contable	Contador-Equipo de contabilidad	<p>Los cierres contables se dan con frecuencia mensual y anual.</p> <p>La contabilidad se presenta con cortes mensualizados, revisando, analizando y produciendo estados financieros intermedios.</p> <p>Mensualmente también se realizan las conciliaciones bancarias donde se revisa y analiza que las transacciones económicas generadas en la entidad sean reales y confiables, generando un control sobre los hechos económicos. Dicha información se consolida en el formato de conciliación bancaria donde queda consignado los saldos conciliados entre la entidad y banco.</p> <p>Para el cierre contable anual se genera el balance general definitivo que correspondiente a la vigencia fiscal que comprende del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año, e incluye: comprobantes de cierre de cuentas de balance (CI), Saldos y movimientos, operaciones recíprocas, variaciones trimestrales significativas, documentos anexos el Estado de situación Financiera, estado de resultados, cambios en el patrimonio, estado de flujos de efectivo y revelaciones de los estados.</p>	<p>Libros contables:</p> <p>Libro de saldos</p> <p>Libro mayor y balances</p> <p>Caja diario</p> <p>Inventario y balances</p> <p>Libro auxiliar de banco</p> <p>Conciliación bancaria mensualizada</p> <p>Balance general definitivo</p> <p>Estados financieros antes y después de cierre.</p>


7. Reportar los estados financieros a los diferentes entes de control	Contador-Equipo de contabilidad	<p>Se realiza reporte a la Contaduría General de la Nación a través de los formularios el CGN 001 Saldos y Movimiento y CGN 002 Operaciones Reciprocas y formato de Variaciones Trimestrales Significativas con una frecuencia trimestral y Notas Generales con una frecuencia anual por intermedio de la plataforma CHIP financiero.</p> <p>A esta entidad se reporta el boletín de deudores morosos de forma semestral.</p> <p>Adicionalmente se realiza reporte a la Contraloría Departamental de Caldas a través del Sistema Integrado de Auditoría SIA, Saldos y movimientos, operaciones reciprocas, variaciones trimestrales significativas, formulario COVID-19, documentos anexos el Estado de situación Financiera, estado de resultados, cambios en el patrimonio, estado de flujos de efectivo y revelaciones de los estados. , las notas de los estados contables, el inventario de propiedad, planta y equipo, el estado de resultados, estos informes se reportan con una frecuencia anual.</p> <p>El reporte de información exógena se realiza en los formularios establecidos en la página de la DIAN con frecuencia anual y al municipio en los formatos establecidos.</p>	<p>Reporte de envío al CHIP de la Contaduría General de la Nación</p> <p>Reporte de envío de boletín de deudores morosos</p> <p>Reporte de envío del SIA a la Contraloría Departamental de Caldas</p> <p>Reporte de envío a la DIAN</p> <p>Reporte de envío al municipio</p>
8. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SUMINISTROS

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P04-GAF
	Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Fecha	2017-11-24
	Procedimiento: ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SUMINISTROS		Versión	6.0

Objetivo

Establecer los lineamientos para realizar la administración, seguimiento y control a los bienes devolutivos y de consumo de la DTSC.

Responsable

Subdirector Gestión Administrativa, Equipo de Apoyo de Bienes y Suministros

Alcance

Inicia con la entrada de los bienes de consumo y devolutivos al almacén y finaliza con el control y seguimiento de los inventarios.

Generalidades

1. Para la realización del presente procedimiento, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Elementos devolutivos: Son aquellos bienes que no se consumen con el primer uso que se hace de ellos, sobre los cuales se ejerce manejo y control permanente por los funcionarios competentes. Estos son relacionados en el inventario de la entidad, hasta cuando sean retirados del mismo según lo establecido en la Resolución Interna N° 0469 del 03 de Julio de 2015.

Elementos de consumo o suministros: Aquellos que se consumen por el primer uso que se hace de ellos dentro de un período corto. Los que al ponerlos, agregarlos o aplicarlos a otros, se extinguen o desaparecen como unidad o materia independiente y entran a formar parte integrante o constitutiva de otros.

Responsable Designado: Persona a quien se le ha encomendado un bien mueble para su uso o custodia, y a quien por la misma razón puede exigírsele la rendición de cuentas del mismo.

Baja de Bienes: Es el procedimiento mediante el cual la administración decide retirar un bien definitivamente del patrimonio de la entidad. La baja se perfecciona con el retiro físico, el descargo de los registros contables y del inventario y el cumplimiento de los requisitos establecidos para cada caso, según el hecho que le dio origen. Solo se dan de baja los bienes corporales muebles según la clasificación que de los mismos consagran los artículos 662 y 663 del código civil colombiano y que se encuentren inventariados como propiedad de la DTSC o que sin encontrarse inventariados sean de propiedad de la entidad.

Dstrucción de Bienes: Reducir a pedazos o a cenizas los bienes muebles objeto de la baja.

Bienes Servibles: Son aquellos que han cumplido con su objetivo y que dado su estado pueden seguir siendo utilizados, pero la entidad no los requiere para el normal desarrollo de sus funciones.

Bienes obsoletos: Son aquellos bienes muebles que estando en buenas condiciones de funcionamiento presentan una tecnología obsoleta, generando altos costos de mantenimiento; o aquellos cuyas condiciones tecnológicas no garantizan la idónea prestación del servicio requerido.

Bienes Inservibles: Son los que para su total estado de desgaste y deterioro no son útiles para el servicio al cual se han destinado y que tampoco permiten posibilidad alguna de uso o aprovechamiento de sus partes, o que presentan daños a tal magnitud que no se justifiquen sus costos de reparación.

Faltantes: Hay faltante cuando se presenta pérdida de bienes a cargo de un cuentadante. En este caso, se debe elaborar la nota de egreso respectiva para ser cargada a la cuenta de responsabilidad fiscal de bienes.

Bajas de Almacén por responsabilidad o por exoneración de responsabilidad administrativa: Habrá lugar a esta clase de bajas:

En el caso en que se establezca la responsabilidad de un funcionario en la desaparición de un bien, la baja solo se efectuara una vez el servidor público haya repuesto el bien o cancelado su valor.

En los casos en que la baja sea resultado de un proceso administrativo de carácter disciplinario o de responsabilidad fiscal, no será necesario acto administrativo que la ordene y su perfeccionamiento se producirá con fundamento en el fallo respectivo.

Enajenación de bienes muebles a título gratuito: Si los bienes muebles sujetos de baja son aquellos considerados servibles no necesarios para el ejercicio de las funciones de la entidad, la enajenación de dichos bienes muebles estará

en el procedimiento establecido en el artículo 2.2.1.2.2.4.3. del decreto 1082 de 2015, o las disposiciones legales vigentes al momento de iniciarse el proceso respectivo.

Enajenación a título oneroso: Se define como el proceso de venta de los bienes muebles sujetos de baja, una vez el procedimiento de enajenación a título gratuito cumpla los plazos establecidos de publicación de los actos administrativos. Dicho procedimiento estará enmarcado en el procedimiento establecido en el artículo 2.2.1.2.2.4.3. del decreto 1082 del 2015 o las disposiciones legales vigentes al momento de iniciarse el proceso respectivo.

2. Teniendo en cuenta la frecuencia determinada en la normatividad vigente, el personal de administración de bienes y suministros realizará un informe sobre los activos fijos (Devoluciones) de la entidad el cual será remitido al área contable relacionando en este las novedades presentadas durante el mes correspondiente, tales como: adquisiciones, bajas y traslados entre cuentas. Esta información será registrada en el formato "F011-P04-GAF Resumen de inventarios a la fecha" y dichas novedades deberán ser soportadas con las evidencias que así se requieran.

Adicionalmente, el informe deberá contener una relación pormenorizada de la depreciación de los bienes de la entidad clasificados en las subcuentas contables de propiedad planta y equipo, o en aquellas en las que el área contable considere pertinentes, según sea la naturaleza de los bienes. Esta información será presentada a Contabilidad en el formato "F010-P04-GAF Depreciación por subcuenta contable"

Posteriormente se realiza verificación de los saldos con el histórico de Contabilidad, en conjunto con el contador, se validan los saldos y se elaboran los respectivos

3. El encargado de la administración de bienes y suministros, es el responsable de recibir la documentación aportada por el supervisor de los contratos de adquisición de bienes y suministros, con el fin de realizar el ingreso de los bienes adquiridos por la entidad. Para el caso de elementos devolutivos estos se registran en la herramienta dispuesta por la entidad para la de Administración de activos fijos. Los elementos de consumo se registran en el kárdex (hoja de cálculo).

4. Cuando se presentan novedades en el inventario, se procede a ratificar o modificar en el aplicativo de administración de activos fijos y se realizan las siguientes actividades:

* Determinar el tipo de novedad: Traspaso, Devolución o baja de bienes. En las actividades de traspaso o devolución, se debe realizar solicitud escrita al encargado de administración y control de Inventarios.

* Traspaso: Se establece si éste se realiza entre responsables asignados de la misma dependencia, o entre dependencias. El encargado de administración y control de Inventarios concerta con el responsable asignado de destino la entrega de los elementos, luego se procede a registrar en el aplicativo y se genera el reporte de responsable designado actualizado, para la firma de recibido del bien. Para este proceso se tendrá máximo tres días para realizarlo.

* Devolución: Esta modalidad aplica cuando un bien por deterioro, finalización de contrato, desuso, entre otros, requiere ser devuelto o dado de baja. El responsable asignado remite el bien con la solicitud por escrito de la devolución. La devolución es ratificada por el encargado de administración y control de Inventarios, para sacar el elemento del inventario del responsable asignado y registrarlo en el módulo de elementos sin uso, hasta que se determine si se asigna, reasigna o se da de baja. El encargado de administración y control de Inventarios tendrá un plazo máximo de 5 días para realizar este proceso.

* Baja de Activos: El subdirector de gestión administrativa, a instancia del subdirector o jefe de la oficina de la dependencia donde se encuentre el bien objeto de baja, elaborará los estudios de conveniencia para adelantar la baja y los presentará al comité evaluador de bajas, para lo cual deberá basarse en el informe del funcionario técnico. El funcionario técnico especializado será el encargado de emitir un concepto que permita conocer si el bien o bienes se consideran servibles, inservibles, obsoletos, o las razones por las cuales la entidad no los necesita, según sea el caso, y la conveniencia de darlos de baja. Dicho informe deberá, según la resolución interna 0469 del 03 de Julio de 2015, contener además:

* Un informe detallado de las condiciones técnicas del bien o bienes que van a ser dados de baja

* Una relación pormenorizada de los costos de mantenimiento preventivo y correctivo del bien o bienes, en aquellos en los que por su naturaleza lo requieran, como equipos de cómputo o vehículos, debidamente documentada.

* Las razones por las cuales el bien o bienes se consideran servibles, inservibles, obsoletos, o las razones por las cuales la entidad no los necesita, según sea el caso, y la conveniencia de darlos de baja.

* Las razones técnicas que sustenten la necesidad de dar de baja los bienes para ser reemplazados por otros de tecnología más reciente.

* El precio mínimo de venta, conforme a lo dispuesto por el artículo 2.2.1.2.2.4.2 del decreto 1082 de 2015 o por las disposiciones legales vigentes al momento de iniciarse el proceso respectivo.

Una vez elaborado dicho informe, el comité de inventarios y bajas evaluará y recomendará al Director General la enajenación a título gratuito, a título oneroso o la destrucción, teniendo siempre en consideración las disposiciones legales sobre la materia contenidas en el libro 2, parte 1, título 1, capítulo 1, del decreto 1082 de 2015, "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional.

5. El suministro de combustible para los vehículos de la entidad será autorizado por el personal del almacén, o quien supervise el suministro del mismo, a través de los vales que son entregados por el proveedor.

6. El lavado de los vehículos de la entidad se realizará de acuerdo con la necesidad previa autorización se realizará a través del "Formato F009-P04-GAF Autorización de lavado de vehículos".

7. Trimestralmente se realizará una actualización a la hoja de vida de los vehículos, misma que deberá contener los mantenimientos preventivos y correctivos realizados, una copia de los seguros obligatorios y contra todo riesgo y una copia de los documentos del conductor designado para su uso. Esta documentación se adjuntará al formato "F006-P04-GAF Hoja de vida automotores.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Formatos	F001-P04-GAF	Ingreso de Bienes y Suministros	4.0
Formatos	F002-P04-GAF	Solicitud de Bienes y Suministros	2.0
Formatos	F003-P04-GAF	Salida de Bienes y/o Suministros	3.0
Formatos	F004-P04-GAF	Acta de Inventario Almacén	2.0
Formatos	F006-P04-GAF	Hoja de Vida Automotores	2.0
Formatos	F007-P04-GAF	Reporte de Mantenimiento de Infraestructura	2.0
Formatos	F008-P04-GAF	Acta de Toma Física de Inventarios	3.0
Formatos	F009-P04-GAF	Solicitud de lavado de vehículos	3.0
Formatos	F012-P04-GAF	Programación de Actividades de Servicios Generales	2.0
Formatos	F013-P04-GAF	Solicitud de Traslado de Bienes	1.0
Formatos	F014-P04-GAF	Acta de Recepción y Seguimiento de Bienes Muebles	1.0
Formatos	F015-P04-GAF	Planilla para Entrega de Material Educativo	1.0
Formatos	F016-P04-GAF	Solicitud de Mantenimiento Preventivo y Correctivo Parque Automotor V01	1.0
Formatos	F017-P04-GAF	Entrega de Vacunas e Insumos COVID-19	1.0
Formatos	F018-P04-GAF	Validación Contable de Activos	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Recepcionar y verificar Bienes y/o suministros	Encargado de administración y control de Inventarios	<p>El encargado del proceso de administración de bienes y suministros, recibe la factura y/o remisión y los bienes por parte del proveedor y en el caso que aplique, la documentación sera aportada por el supervisor del contrato, se procede a verifica y establecer que el tipo de elementos correspondan con las características y cantidades descritas. Así mismo se verifica que la factura cumpla con los requisitos de ley.</p> <p>Tras verificar que todo está en orden, se procede a la firma de la factura y/o remisión de recibido a satisfacción.</p>	Factura y/o remisión de recibido a satisfacción.
3. Registrar ingreso de Bienes y/o suministros	Encargado de administración y control de Inventarios	<p>Después de realizar la verificación, el encargado del proceso de administración de bienes y suministros, registra la entrada de los elementos al almacén teniendo en cuenta la clasificación de los mismos (elementos devolutivos se registran en el Formato F010-P04-GAF depreciación por subcuenta contable "y elementos de consumo o suministros en hoja de cálculo-kárdex), generando así el registro de Ingreso de bienes y suministros F001-P04-GAF, al cual se anexan los siguientes documentos: copia del contrato (para el caso de elementos devolutivos), certificado del supervisor y factura original.</p> <p>La identificación de los bienes devolutivos se realiza a través de una etiqueta adhesiva, el cual incluye un número único de identificación, serial y fecha. Así mismo se clasifica la naturaleza del bien, es decir: traspaso de bien, activo depreciable, activo en comodato, donación, condición y depreciación.</p>	<p>Ingreso de bienes o suministros F001-P04-GAF</p> <p>Kárdex actualizado</p> <p>Aplicativo herramienta para administración de activos fijos</p> <p>Depreciación por subcuenta contable F010-P04-GAF</p>
4. Registrar salida de Bienes y/o suministros	Encargado de administración y control de Inventarios	<p>1. Para el caso de elementos de consumo, un auxiliar encargado por subdirección realiza la solicitud a través del Sistema de gestión de Calidad SGC, a través del módulo trámites, ítem pedidos de almacén. Una vez descritos los elementos y las cantidades a solicitar, el auxiliar encargado procede a redireccionar dicha solicitud al subdirector respectivo. El subdirector, una vez aprobadas o modificadas las cantidades solicitadas por el auxiliar, asigna dicha solicitud al personal encargado del despacho, quienes tras verificar la existencia de los elementos solicitados en el Kárdex de consumo, modifican o autorizan las cantidades solicitadas a través del aplicativo y redireccionan al auxiliar solicitante. Los encargados del procedimiento de administración de bienes y suministros realizan una orden de salida en el formato Salida de bienes y/o suministros, relacionando los elementos a despachar valorados o no valorados según el caso. Una vez entregados y verificadas las cantidades y características de los elementos solicitados por el auxiliar solicitante, el formato de salida de bienes y/o suministros debe ser firmado por quien recibe a satisfacción y el kárdex se actualiza teniendo en cuenta los elementos entregados. Finalmente el auxiliar solicitante cierra la solicitud realizada a través del SGI dando el recibido a satisfacción.</p> <p>2. Para el caso de elementos devolutivos, se diligencia el formato Solicitud de bienes y/o suministros F002-P04 de solicitud de elementos, especificando el responsable designado. El encargado de administración y control de Inventarios registra la salida del bien en el aplicativo de administración de activos fijos y genera la orden de salida en el formato Salida de bienes y/o suministros F003-P04-GAF, donde se especifican las referencias técnicas del elemento, el número único de identificación y el serial. Esta orden es firmada por el Responsable Asignado, quien certifica que recibe a satisfacción los elementos allí relacionados. Se procede ratificar la salida del elemento en el aplicativo, que a partir de este momento se encuentra en custodia de dicho responsable asignado.</p> <p>Para el caso de Comodatos se anexa a la orden de salida, el respectivo contrato.</p>	<p>Reporte del sistema</p> <p>Solicitud de bienes y/o suministros F002-P04-GAF</p> <p>Salida de bienes y/o suministros F003-P04-GAF</p>

5. Control y seguimiento de inventarios	Encargado de administración y control de Inventarios	<p>El control y seguimiento se realiza al inventario tanto de bienes de consumo o suministros y a los devolutivos.</p> <p>*Para el caso de los bienes de consumo, el último día hábil de cada mes se realiza conteo de los elementos de acuerdo con la clasificación es decir: cafetería, aseo, papelería, ferretería y programas, estos se confronta con lo registrado en el Kárdex. Se deja soporte mediante acta del inventario realizado en el formato F004-P04-GAF.</p> <p>*Para los bienes devolutivos se realiza confrontación física, apoyado en el reporte de responsable designado, generado por el aplicativo o herramienta para la administración de activos fijos. Esta actividad se efectúa cada seis meses dejando constancia en el reporte de la verificación donde firma el responsable y en el encargado de administración y control de Inventarios.</p> <p>*Para los bienes entregados en comodato se solicita informe del estado del bien de acuerdo con lo estipulado en el contrato.</p> <p>Adicionalmente durante el seguimiento a inventarios se verifica si existen novedades y se procede a realizar su respectivo trámite.</p>	<p>Acta de inventarios de suministros F004-P04-GAF</p> <p>Reporte por responsable designado</p> <p>Solicitud de informe de estado de bienes en comodato</p>
6. Fin			


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTION DOCUMENTAL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P05-GAF
	Proceso: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Fecha	2018-10-18
	Procedimiento: GESTION DOCUMENTAL		Versión	3.0

Objetivo

Aplicar las reglas y principios generales que regulan la función archivística en el Estado, para garantizar la adecuada conservación y preservación de la memoria institucional.

Responsable

Subdirector Gestión Administrativa, Equipo de Gestión Documental - Responsable de Ventanilla Única - Responsable del Archivo Central- Comité de Archivo

Alcance

Inicia con la producción de todos los documentos cumpliendo su respectivo ciclo vital y finaliza con la disposición final de los mismos.

Generalidades

1. Términos y definiciones

- **Planeación:** Conjunto de actividades encaminadas a la planeación, generación y valoración de los documentos de la entidad, en cumplimiento con el contexto administrativo, legal, funcional y técnico.
- **Producción:** Actividades destinadas al estudio de los documentos en la forma de producción o ingreso, formato y estructura, finalidad, área competente para el trámite, proceso en que actúa y los resultados esperados.
- **Gestión y trámite.** Conjunto de actuaciones necesarias para el registro, la vinculación a un trámite, la distribución incluidas las actuaciones o delegaciones, la descripción (metadatos), la disponibilidad, recuperación y acceso para consulta de los documentos, el control y seguimiento a los trámites que surte el documento hasta la resolución de los asuntos.
- **Organización.** Conjunto de acciones orientadas a la clasificación, ordenación y descripción de los documentos de la Entidad, como parte integral de los procesos archivísticos.
- **Transferencia.** Conjunto de operaciones adoptadas por la entidad para transferir los documentos durante las fases de archivo.
- **Disposición de documentos.** Selección de los documentos en cualquier etapa del archivo, con miras a su conservación temporal, permanente o a su eliminación.
- **Preservación a largo plazo.** Conjunto de acciones y estándares aplicados a los documentos durante su gestión para garantizar su preservación en el tiempo, independientemente de su medio y forma de registro o almacenamiento.
- **Valoración.** Proceso permanente y continuo, que inicia desde la planificación de los documentos y por medio del cual se determinan sus valores primarios y secundarios, con el fin de establecer su permanencia en las diferentes fases del archivo y determinar su destino final.
- **TRD:** Tablas de retención documental, Listado de series, con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.
- **TVD:** Tablas de Valoración Documental Listado de asuntos o series documentales a los cuales se asigna un tiempo de permanencia en el archivo central, así como una disposición final.
- **CCD:** Cuadro de clasificación documental Esquema que refleja la jerarquización dada a la documentación producida por una institución y en el que se registran las secciones y subsecciones y las series y subseries documentales
- **FUID:** Formato único de inventario documental. Instrumento donde se describe el contenido de un expediente documental.
- **Archivo de gestión.** Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten
- **Archivo central.** En el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.

- Archivo histórico. Es aquel al que se transfieren desde el archivo central los documentos de archivo de conservación permanente.
2. Toda la documentación recibida y producida por la entidad, debe ser radicada y/o despachada por la ventanilla única de correspondencia, siguiendo los lineamientos establecidos en el instructivo I01-P03-GAF Instructivo manejo de Ventanilla Única de Correspondencia.
 3. Las tablas de retención, serán actualizadas según lo identificado en los seguimientos a los archivos de gestión y en las solicitudes recibidas por parte de las diferentes áreas.
 4. Las transferencias documentales primarias se realizarán teniendo en cuenta el cronograma de transferencias definido por gestión documental. Podrán hacerse transferencias atípicas según las necesidades de la entidad.
 5. Las solicitudes de préstamos de documentos conservados en el archivo central se realizarán por medio del aplicativo dispuesto para tal fin (SIG) para los funcionarios y contratistas de la entidad, para los casos de solicitud por parte de un usuario externo, se deberá remitir un oficio a la subdirección de Gestión Administrativa, para la entrega de copias físicas o digitales. Sólo por motivos legales la entidad podrá autorizar la salida temporal de los documentos de archivo.
 6. Las solicitudes de préstamos de documentos en custodia que se encuentran en el archivo de gestión de la subdirección de Gestión Administrativa se realizarán por medio del aplicativo dispuesto para tal fin (SIG). Los documentos son: Comprobantes de egreso - Recibos de caja - Pólizas de seguros.
 7. Requisito Básicos Mínimos:
 - Talento humano con capacitación y experiencia en los procesos de gestión de documentos en el estado, de acuerdo con lo establecido por la Ley 594 de 2000 - Ley General de Archivos y su reglamentación.
 - Contar con la infraestructura física y tecnológica que garantice la adecuada gestión documental de la entidad
 8. La preservación de la documentación a largo plazo se desarrolla con la final de garantizar las condiciones de conservación de los documentos en el archivo de gestión, central e histórico. Para esto la entidad debe garantizar:
 - Monitoreo y control: Se realiza monitoreo a los ambientes de trabajo como temperatura, humedad, insectos, y roedores, mantenimiento a las instalaciones físicas, limpieza de áreas y documentos y preservación de documentos electrónicos, para garantizar la adecuada conservación del acervo documental.
 - Sistema integrado de conservación: El sistema integrado de conservación estará inmerso dentro del Programa de Gestión Documental (PGD) en el cual se articulan los procesos, lineamientos, planes y requisitos para la gestión documental con el fin de garantizar la conservación y prevención de cualquier tipo de información, independientemente del medio o tecnología con la cual se haya elaborado.
 - Políticas de seguridad de la información: Dentro del marco del Sistema de Seguridad de la Información, la entidad implementa acciones para garantizar la seguridad de la información.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
Instructivos	I01-P05-GAF	Manejo de la Ventanilla Única de Correspondencia	3.0
Plantillas		Caratula Institucional	3.0
Formatos	F001-P05-GAF	Registro de Asistencia	5.0
Formatos	F002-P05-GAF	Formato Oficio	6.0
Formatos	F003-P05-GAF	Formato Acta de Reunión	2.0
Formatos	F004-P05-GAF	Formato Circular	6.0
Formatos	F005-P05-GAF	Formato Resolución	5.0
Formatos	F006-P05-GAF	Formato Acuerdo	5.0
Formatos	F007-P05-GAF	Formato Certificado	5.0
Formatos	F008-P05-GAF	Formato Comunicado	5.0
Formatos	F009-P05-GAF	Acta de Transferencia Documental	3.0
Formatos	F010-P05-GAF	Reporte de Errores Transferencia Documental	3.0
Formatos	F011-P05-GAF	Formato Único de Inventario Documental	3.0
Formatos	F012-P05-GAF	Acta de Eliminación Documental	3.0

Formatos	F014-P05-GAF	Seguimiento a Archivos de Gestión	2.0
Formatos	F015-P05-GAF	Tablas de Retención Documental	3.0
Formatos	F016-P05-GAF	Transferencias Documentales de Contratos	2.0
Formatos	F017-P05-GAF	Cuadro de Clasificación Documental	3.0
Formatos	F018-P05-GAF	Tablas de Valoración Documental	1.0
Formatos	F019-P05-GAF	Inventario de Activos de Información	2.0
Formatos	F020-P05-GAF	Índice de Información Clasificada y Reservada	2.0
Formatos	F021-P05-GAF	Control de Temperatura y Humedad Relativa	1.0
Formatos	F022-P05-GAF	Inspección y Mantenimiento de Instalaciones Físicas	1.0
Formatos	F023-P05-GAF	Limpieza y Desinfección de Áreas de Archivo	1.0
Formatos	F024-P05-GAF	Control Recibo Unidades de Almacenamiento y Realmacenamiento del Archivo Central	1.0
Programa	PG001-P05-GAF	Programa de Gestión Documental-PGD	1.0
Programa	PG002-P05-GAF	Plan Institucional de Archivos- PINAR	1.0
Programa	PG003-P05-GAF	Sistema Integrado de Conservación	1.0
Guía	G01-P05-GAF	Guía Metodológica para la Elaboración y Aplicación de Tablas de Valoración Documental	2.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. INICIO			
2. Planear y Producir Documentos	Equipo de trabajo Líderes de proceso Equipo de calidad	<p>Para la planeación y producción de la documentación de la DTSC, de acuerdo con las normas técnicas que le aplican, la Entidad cuenta con el Procedimiento Control de Documentos y Registros, donde se establece la manera como se aprueban y formalizan los documentos como parte del Sistema de Gestión de Calidad, en este se definen los lineamientos para la elaboración, actualización, revisión, aprobación y control de los procedimientos y otros tipos documentales, alineados con la normas vigentes.</p> <p>Es responsabilidad de cada equipo de trabajo, consultar, aplicar y utilizar únicamente la última versión de los documentos oficializados para cada proceso, por lo que debe consultar permanentemente la herramienta o aplicativo que la Entidad dispuso para la administración, mantenimiento y mejoramiento continuo del SGC, en donde se encuentran publicados y disponibles los documentos vigentes.</p>	Documentos formalizados en el SGC

3. Gestión y trámite de documentos	Equipo Ventanilla Única	<p>Dentro de la gestión de documentos se realiza la radicación y registro de los documentos que ingresan a la entidad y el despacho de documentos que producen las diferentes áreas hacia al público externo. Estos documentos se reciben en la entidad a través de Ventanilla Única.</p> <p>En la recepción de documentos se debe verificar que estén completos, que correspondan a lo anunciado y sean competencia de la entidad para efectos de su radicación y registro con el propósito de dar inicio a los trámites por parte de las áreas correspondientes.</p> <p>Las comunicaciones y documentos se pueden recibir a través de diferentes medios tales como: mensajería, correo tradicional, fax, correo electrónico y cualquier otro medio que se desarrolle para tal fin de acuerdo con los avances tecnológicos de la entidad.</p> <p>Radicación y distribución de documentos: El personal ubicado en la ventanilla única procede a recibir la documentación, verificando en primera instancia la competencia del mismo y el contenido de la documentación (Anexos, CD, etc.), posterior a ello, se realiza la recepción de la documentación, asignando el número de consecutivo de forma impresa, el asunto y la fecha de radicación.</p> <p>La documentación recibida quedará registrada en el módulo de radicación de correspondencia. Los documentos serán digitalizados y cargados en el módulo correspondiente, para su direccionamiento a la oficina o dependencia competente, es de anotar que cada subdirección u oficina será la responsable de llevar el control de respuesta de acuerdo a las solicitudes realizadas.</p> <p>La distribución de la correspondencia se realiza en medio magnético a través del módulo de radicación (SIG) y en medio físico a más tardar al día siguiente de la fecha de radicación, según los lineamientos establecidos en el instructivo I01-P03-GAF Instructivo manejo de Ventanilla Única de Correspondencia.</p> <p>Los documentos que son enviados a través de correo electrónico y pagina web se reciben igualmente, enviando respuesta de acuso de recibido al remitente. La página y el correo electrónico se revisan con una frecuencia diaria.</p> <p>Despacho de documentos a entidades externas: Las áreas productoras radican en ventanilla única, la correspondencia que va dirigida a público externo, dicha información quedará registrada en el módulo de despacho de correspondencia determinando el medio a través del cual se enviará (mensajería interna, correo expreso o correo electrónico).</p> <p>Ver Instructivo. I01- P05- GAF Manejo de la ventanilla única de correspondencia</p>	Reporte de Radicación y despacho Registro en el aplicativo del módulo de radicación y despacho
------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Organizar Documentos	Funcionarios y Contratistas de la Entidad Equipo de Gestión documental	<p>Hace parte de la organización de documentos las siguientes actividades:</p> <p>1. La clasificación Documental: Es la fase del proceso de organización en la cual se identifican y establecen agrupaciones documentales de acuerdo con la estructura orgánico-funcional de la entidad. La actividad de clasificación documental es realizada por los responsables de los archivos de gestión en las subdirecciones y/o oficinas productoras</p> <p>La clasificación se da a través de la aplicación de la tabla de retención, donde se identifica las series, sub series y tipos documentales, según las tablas de retención (TRD) vigentes.</p> <p>Nota: Para los casos de producción de documentos que no puedan ser clasificados de acuerdo con las TRD vigentes, se deberá solicitar al Grupo de Gestión Documental la actualización de acuerdo con sus necesidades.</p> <p>2. La Ordenación Documental: Establece secuencias dentro de las agrupaciones documentales definidas dentro de la clasificación, en orden cronológico ascendente de fechas (de la más antigua al iniciar la carpeta y la más reciente al final). La ordenación de las series documentales se realiza de acuerdo con los siguientes pasos técnicos metodológicos:</p> <p>Retiro de material abrasivo Retiro de duplicidad de material Perforación y creación de carpeta Foliación, esta se realiza con lápiz N°2 , asignando un número consecutivo a todos los folios desde el 1 a hasta 200 folios por carpeta o máximo 220, exceptuando la foliación de historias laborales y contratos que se deberá garantizar la continuidad de los folios por carpeta, es decir que para estos casos la segunda carpeta inicia con el folio 201. Si existe una numeración anterior, esta se anulará con una línea diagonal (/) y quedará como válida la última realizada.</p> <p>Nota: Para el caso de documentos con radicados, al momento de ordenarlos tener en cuenta la fecha de radicación.</p> <p>3. Descripción Documental: Es la fase del proceso de organización que consiste en la descripción y control del contenido del expediente. Los responsables del archivo de gestión deben diligenciar la caratula institucional según la ordenación dada a los documentos y de acuerdo a la TRD vigente. Adicionalmente la descripción del expediente se realiza a través del registro del Formato de Inventario Documental de Archivo de Gestión, el cual debe estar actualizado cada vez que se realice la apertura de un expediente y estar disponible para la revisión y seguimiento por parte del equipo de gestión documental o cuando alguna instancia o ente de control así lo requiera.</p>	Tablas de Retención Documental Expedientes organizados Formato Único de Inventario Documental - FUID
-------------------------	------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Transferencias Documentales	Funcionarios y Contratistas de la Entidad Archivo Central Equipo de Gestión documental	<p>El grupo de Gestión Documental elabora anualmente el cronograma para la realización de cada una de las transferencias primarias de las oficinas productoras de documentos, el mismo será socializado a todas las áreas de la entidad a través de comunicado interno.</p> <p>Para realizar las transferencias documentales se deben de tener en cuenta los siguientes pasos:</p> <p>1. Preparación de la transferencia: Las oficinas o subdirecciones responsables deben organizar los documentos que van hacer transferidos al archivo central de la entidad, una vez cumplan el tiempo de retención de acuerdo con las tablas de retención documental (TRD) y el cronograma de transferencias documentales socializado por el Grupo de gestión Documental.</p> <p>Las unidades de conservación (cajas) para las transferencias documentales, deberán ser solicitadas con antelación a la Subdirección de Gestión Administrativa a través del módulo dispuesto para tal fin (pedidos del Almacén). Es necesario para realizar la transferencia documental, adjuntar el formato único de inventario documental (FUID).</p> <p>2. Validación de la transferencia: El Grupo de gestión Documental realiza la validación de la transferencia documental, teniendo en cuenta el cumplimiento de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Verificación de las series documentales a través del formato único de inventario documental (FUID) *Verificar la ordenación debida de la documentación a transferir *Que la documentación a transferir cumpla con los tiempos establecidos según las tablas de retención documental. <p>En los casos que existan observaciones, se indicaran en el formato de F010-P05-GAF Reporte de errores transferencia documental, y se darán diez (10) días hábiles para que se hagan los ajustes a la transferencia documental. Si la transferencia es aprobada se deja constancia en el formato F014- P05-GAF Seguimiento a archivos de gestión, y en el acta de transferencia F009-P05-GAF Acta de transferencia documental.</p> <p>Una vez los expedientes ingresen el archivo central, el personal encargado registra en el FUID y en el acta de transferencia la signatura topográfica y las remite nuevamente a la personal responsable de la transferencia documental, para que sean archivados como soporte de la transferencia</p> <p>Nota: Se realizan transferencias atípicas, solo cuando se motive la justificación ya sea por cantidad en el volumen documental o por espacio limitado en el archivo de gestión.</p>	Cronograma de Transferencias Documentales Acta de transferencia Documental Seguimiento a archivos de gestión
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Disposición de documentos	Archivo Central Equipo de Gestión documental	<p>Para la disposición final de los documentos se tienen en cuenta los tiempos establecidos en las TRD, tanto para su conservación total o eliminación se debe analizar las técnicas de reprografía a utilizar de acuerdo con lineamientos definidos por la entidad.</p> <p>La disposición final de los documentos conduce a:</p> <p>1. Conservación: aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición legal o los que por su contenido informan sobre el origen, desarrollo, estructura, cultura, procedimientos y políticas de la entidad productora.</p> <p>El Grupo de Gestión Documental debe revisar una vez al año los documentos del Archivo Central que van hacer transferidos al archivo histórico .</p> <p>2. Eliminación: La eliminación de documentos aplica para aquellos documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes.</p> <p>El Grupo de Gestión Documental debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Revisar los documentos del Archivo Central, identificando aquellos que ya han cumplido el tiempo de retención documental - eliminación y aplicar la técnica de reprografía que corresponda. * Presentar la solicitud ante el comité de interno de archivo la series documentales que se van a eliminar en el formato F012-P05-GAF Acta de eliminación documental * Si la solicitud de eliminación es aprobada por el comité, se deja constancia en acta de eliminación documental con sus respectivas firmas. Posteriormente se deberá publicar en la página web de la entidad en link de gestión Documental los inventarios de los documentos a eliminar por un periodo de 30 días hábiles, con el fin de que los usuarios externos en caso de tener alguna objeción la hagan saber ante la entidad. * Si no se reciben ninguna observación se procederá a realizar el proceso de eliminación de los documentos, contando con la supervisión de la Oficina de Control Interno. * Finalmente se procederá a publicar el acta de eliminación y el acta de inventario en página web de la entidad de manera permanente. 	Acta de eliminación documental Publicación en página web
------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------


7. Consulta y prestamos de Documentos	Funcionarios y Contratistas de la Entidad Equipo de Gestión documental	<p>Dentro de los servicios de archivo, se incluyen el préstamo de documentos, las consultas de documentos y servicios de reprografía.</p> <p>1. Préstamo de documentos: Consiste en suministrar, en calidad de préstamo una carpeta o unidad documental a un usuario interno de la entidad. El grupo de Gestión Documental debe controlar el préstamo del mismo a través del módulo Solicitudes Archivo Central.</p> <p>Para solicitar el préstamo de un documento se deben realizar los siguientes pasos: *Realizar solicitud a través del módulo Solicitud Archivo Central. *El grupo de Gestión Documental cuenta con 5 días para dar respuesta a la solicitud inicial. Si la solicitud es aprobada se entrega la carpeta o la documentación al solicitante, quien cuenta con 10 días para realizar la devolución tanto de forma física como a través del sistema para fines de trazabilidad.</p> <p>Para los casos en que se requiera información relacionada con: Comprobantes de egreso, recibos de caja y pólizas de la entidad la solicitud se realiza a través del módulo de Solicitud de Documentos en Custodia.</p> <p>Para el caso de préstamo de documentos requeridos por los entes de control para el desarrollo de las auditorías efectuadas a la entidad, estos deben ser canalizados a través de la oficina de control interno quien debe efectuar la solicitud de acuerdo con lo anteriormente descrito.</p> <p>2. Consulta de documentos: La consulta garantiza el derecho que tiene un usuario de acceder a la información en el mismo lugar en que se encuentra, en el archivo central.</p> <p>La solicitud de consulta se realiza a través del módulo Solicitud Archivo Central y de acuerdo con la pertinencia de la solicitud el responsable asignado informará por este medio al solicitante la aceptación o rechazo de dicha solicitud.</p> <p>3. Servicios de reprografía: La reprografía consiste en facilitar al usuario interno o externo la reproducción de documentos.</p> <p>Si el interesado desea que se le expidan copias digitales o fotocopias, éstas deberán solicitadas por escrito, si es usuario externo se debe ingresar como una PQRSD en calidad de petición de documentos. Para el caso de archivos de gestión estas son autorizadas por el jefe de la respectiva oficina productora, si por el contrario la información reposa en el archivo central será la subdirección administrativa quien autorice su reproducción.</p> <p>Sólo se permitirá reproducir cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución y a las leyes.</p> <p>Las técnicas de reprografía adaptadas en la entidad son la digitalización y fotocopia de documentos.</p>	Solicitudes de préstamo y consulta de documentos
8. Seguimiento y Valoración de la gestión documental	Equipo de Gestión Documental Oficinas productoras	<p>El seguimiento es desarrollado por el equipo de gestión documental de manera permanente y continua, con el fin de monitorear la adecuada implementación de los lineamientos de gestión documental por parte de las oficinas productoras y valorar la adecuada planificación de los documentos, la determinación de sus valores primarios y secundarios e identificar la necesidad de actualización en las diferentes fases del archivo y disposición final (eliminación o conservación temporal o definitiva).</p>	<p>F014-P05-GAF Seguimiento a Archivos de Gestión</p> <p>Soportes de actualización de TRD cuando se requiera.</p>
9. FIN			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas Proceso: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Código	GTH
		Fecha	2019-09-17
		Versión	2.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
-------------	----------	-------	------------

Objetivo

Administrar el talento humano a través de la provisión de vacantes, inducción, entrenamiento en el puesto de trabajo, capacitación, bienestar, compensación, evaluación del desempeño, preparación del retiro y aplicación de medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo, para propiciar ambientes de trabajo adecuados, fortalecer competencias y contribuir al logro de los objetivos institucionales.

Responsable

Subdirector Gestión Administrativa

Alcance

Inicia desde la provisión de vacantes inducción, entrenamiento, capacitación e implementación de estrategias encaminadas al fortalecimiento del clima y el ambiente laboral requerido para implementar y mantener el adecuado funcionamiento de la entidad y finaliza con el retiro definitivo del personal.

Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> - ID01-GTH. Cumplimiento del Programa de Bienestar e Incentivos - ID02-GTH. Cobertura del Programa de Bienestar e Incentivos - ID03-GTH. Cobertura del plan de capacitación - ID04-GTH. Nivel de satisfacción de los Funcionarios con las capacitaciones ejecutadas en el PIC - ID05-GTH. Índice de Accidentes de Trabajo presentados en el período - ID06-GTH. Eficacia de la capacitación

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad.	<p>1) - Planta Global de Personal de la DTSC.</p> <p>- Plan Operativo Anual.</p> <p>- Vacantes</p> <p>Novedades de personal</p> <p>Normas vigente que rigen la administración del talento humano en el sector público</p> <p>- Aplicativo WEB SEDEL y/o Formato de evaluación de desempeño</p> <p>- Reporte novedades para modificación en planta de personal, resoluciones.</p>	<p>(P, H, V, A) ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO</p> <p>Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Grupo de Talento Humano</p>	<p>1) - Resoluciones de Encargo, traslado, nombramiento provisional, nombramiento en periodo de prueba, para libre nombramiento y remoción.</p> <p>- Nómina, Obligaciones para pago de terceros, seguridad social, parafiscales y liquidaciones definitivas de prestaciones sociales, Cesantías.</p> <p>-Plan Estratégico de Talento Humano</p> <p>- Servidores Públicos entrenados en puesto de trabajo.</p> <p>- Servidores Públicos capacitados y actualizados.</p> <p>-Servidores públicos incentivados a través del plan de bienestar</p> <p>-Servidores públicos con acompañamiento para el retiro.</p> <p>- Resultado de la evaluación de desempeño, Actas, resoluciones, reporte novedades para modificación en planta de personal. Modificaciones al manual de Funciones y Competencias Laborales.</p> <p>- Reliquidación de Pensiones, sustitución, compartibilidad, cuotas partes pensionales y bonos pensionales</p>	1) Todos los procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la entidad
1) Proceso Gestión del talento Humano	<p>1) - Matriz para identificar los peligros</p> <p>- Examen médico ocupacional, Analisis Estadístico de incidentes, accidentes y enfermedad laboral</p> <p>- Cronograma de Reuniones del COPASST</p> <p>- Inspecciones Planeadas</p>	<p>(P, H, V) GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p> <p>Responsables: Contratista Salud Ocupacional, Subdirector Gestión Administrativa</p>	<p>1) - Plan de trabajo en SST</p> <p>- Perfil Epidemiológico</p> <p>- Programa de capacitación.</p> <p>- Plan de Emergencias.</p> <p>- Campañas de promoción y prevención.</p> <p>- Acta de reuniones del COPASST.</p>	1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control

1) Planeación Estratégica Gestión para la Evaluación y Control Gestión del Talento Humano	1) - Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos - Informes de Gestión - Informes de Auditoría (Hallazgos) - Programa de S&SO - Matriz de Riesgos y Peligros - Consolidado de Indicadores	(V, A) EVALUAR LA GESTIÓN DEL PROCESO Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Grupo de Talento Humano	1) Informe de seguimiento y monitoreo de riesgos. Resultados de evaluación de Indicadores. Análisis de Encuestas de diagnóstico de necesidades, satisfacción y eficacia de la capacitación, satisfacción de actividades de bienestar. Informes de seguimiento	1) Planeación Estratégica Gestión del Talento Humano
1) Proceso Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión del Talento Humano	1) No Conformidades Resultados de análisis de Riesgos Resultados de análisis de Indicadores Resultados de auditorías Resultados de Encuestas de satisfacción	(V, A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Subdirector Gestión Administrativa, Grupo de Talento Humano	1) Impactos mitigados Riesgos mitigados Controles implementados Acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades cerradas y eficaces	1) Proceso Gestión para la Evaluación y Control Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión del Talento Humano

Copia no controlada

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GTH	ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO
P02-GTH	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GTH
	Proceso: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		Fecha	2017-11-24
	Procedimiento: ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO		Versión	4.0

Objetivo

Administrar el talento humano de la organización a través de la provisión de vacantes, vinculación, inducción, capacitación, bienestar, evaluación del desempeño, preparación para el retiro y el fortalecimiento de competencias para contribuir al logro de los objetivos institucionales.

Responsable

Subdirector Gestión Administrativa, Equipo de Talento Humano

Alcance

Inicia con la provisión de las vacantes existentes en la entidad y finaliza con la gestión del retiro de los funcionarios.

Generalidades

1. En la Dirección Territorial de salud de Caldas existen los siguientes empleos públicos: Carrera Administrativa y Libre Nombramiento y Remoción, de conformidad con lo señalado en el artículo 5º de la Ley 909 de 2004.
2. La selección de personal para proveer los cargos de carrera administrativa, es realizada por la Comisión Nacional del Servicio Civil - CNSC, por lo tanto, las actividades inherentes son responsabilidad de dicha institución.
3. La provisión de encargos en vacancia definitiva se realiza de acuerdo con los lineamientos dados por la Comisión Nacional del Servicio Civil - CNSC
4. La inducción y reintroducción se desarrolla de acuerdo con lo establecido en el programa de inducción y reintroducción aprobado para la Dirección Territorial de Salud de Caldas, donde debe socializarse entre otros el código de ética y buen gobierno y las políticas generales de talento humano.
5. La reintroducción se imparte a los empleados como mínimo cada dos años o antes en virtud de cambios producidos en cualquiera de los asuntos de la organización.
6. La inducción institucional esta a cargo del equipo de talento humano y el entrenamiento frente al puesto de trabajo es responsabilidad del jefe inmediato.
7. El entrenamiento en el puesto de trabajo tendrá una duración de 5 días. Al finalizar este proceso el responsable diligencia y remite el formato de entrenamiento a Talento Humano para que sea ingresado en la hoja de vida.
12. Mediante encuestas se evalúa la satisfacción de los empleados con la ejecución del programa de bienestar social e incentivos y capacitación.
13. La ejecución del PIC esta sujeto a los lineamientos definidos en el programa de bienestar social e incentivos y capacitación de la vigencia, previo cumplimiento de los requisitos y firma del acta de compromiso.
14. Toda capacitación cuya duración sea superior a 20 horas, será objeto de evaluación de la eficacia, en un periodo no superior a dos meses después de su realización. Las acciones de mejora planteadas por los evaluadores con respecto a las debilidades de formación, encontradas en la Evaluación de Desempeño, serán incluidas en el temario a ejecutar dentro del Programa Institucional de Capacitación -PIC de la vigencia.
15. Para garantizar que se cumplan los criterios de retiro y generar paz y salvo, el funcionario debe presentar al área de talento humano completamente diligenciado el formato Entrega de Bienes y documentos Institucionales F008- P01-GTH
16. Para proveer un cargo de libre nombramiento y remoción se revisan hojas de vida y se realiza el respectivo análisis para verificar si cumple con los requisitos del cargo y se procede con los actos administrativos pertinentes. Cuando existe una vacante en un cargo de carrera administrativa y no es posible su provisión a través del encargo, por necesidad del servicio se debe proveer el cargo a través de nombramiento en provisionalidad, revisando hojas de vida y realizando el respectivo análisis para verificar si cumple con los requisitos del cargo. En ambos casos, Si cumple con los requisitos del cargo, el jefe de personal o quien haga sus veces, certifica que la información suministrada ha sido constatada frente a los documentos que han sido presentados como soporte, firmando como corresponde en el formato único de hoja de vida del aspirante.

Documentos asociados

Clase	Código	Nombre	Versión
MANUAL		Manual de Funciones y Competencias Laborales	1.0
MANUAL	M01-P01-GTH	Código de Buen Gobierno	2.0
MANUAL	M02-P01-GTH	Código de Integridad	1.0
Instructivos	I01-P01-GTH	Instructivo para Trámite de Situaciones Administrativas	2.0
Instructivos	I02-P01-GTH	Instructivo de Uso Tramite de Trabajo en Casa	1.0
Formatos	F003- P01-GTH	Plan de Bienestar e Incentivos	2.0
Formatos	F004- P01-GTH	Plan Institucional de Formación y Capacitación	2.0
Formatos	F005-P01-GTH	Lista de Chequeo de Inducción Funcionarios	3.0
Formatos	F006- P01-GTH	Evaluación de Percepción de la Capacitación	2.0
Formatos	F007-P01-GTH	Evaluación de la Eficacia de la Capacitación	2.0
Formatos	F008-P01-GTH	Entrega de Bienes y Documentos Institucionales	3.0
Formatos	F009- P01-GTH	Encuesta de Cultura y Clima Organizacional	3.0
Formatos	F011-P01-GTH	Historia Laboral - Hoja Control	2.0
Formatos	F012- P01-GTH	Hoja de Vida Simplificada	2.0
Formatos	F013-P01-GTH	Acta de Posesión	2.0
Formatos	F014- P01-GTH	Solicitud de Certificado	2.0
Formatos	F015-P01-GTH	Solicitud de Préstamo de Historia Laboral	2.0
Formatos	F017-P01-GTH	Información Básica Funcionarios	2.0
Formatos	F019-P01-GTH	Encuesta de Percepción de Gestión Ética	2.0
Formatos	F020-P01-GTH	Entrenamiento del Personal para Vinculación, Traslados, Encargos y Asignación de Funciones	2.0
Formatos	F021-P01-GTH	Acta de Entrega del Cargo	2.0
Formatos	F022-P01GTH	Solicitud de Vacaciones	2.0
Formatos	F023-P01-GTH	Detección de Necesidades de Aprendizaje Organizacional	2.0
Formatos	F024-P01-GTH	Verificación de Requisitos para Encargo	1.0
Formatos	F025-P01-GTH	Hoja de Control - Pasivo Pensional	1.0
Formatos	F026-P01-GTH	Bitácora de Actividades de Trabajo en Casa	1.0
Formatos	F027-P01-GTH	Certificado Inexistencia e Insuficiencia de Personal V01	1.0
Programa	PG001-P01-GTH	Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales V01-2019	1.0
Programa	PG002-P01-GTH	Programa de Inducción y Reinducción	3.0
Programa	PG003-P01-GTH	Plan Institucional de Capacitación V01-2019	1.0
Programa	PG005-P01-GTH	Plan Anual de Vacantes V01-2019	1.0
Programa	PG006-P01-GTH	Plan Estratégico de Talento Humano	1.0
Programa	PG007-P01-GTH	Plan de Retiro Laboral	1.0
Formatos Externos		Acuerdo de Gestión	1.0
Guía		Guía Metodología para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos	1.0

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Provisión de vacantes	. Director General. . Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano	Las vacantes pueden ser temporales o definitivas, según el caso la provisión se hace de acuerdo con los lineamientos definidos en la Comisión Nacional del Servicio Civil. Para proveer la vacante se tiene en cuenta el manual específico de funciones de la entidad y los requisitos mínimos establecidos en el mismo.	. Acta de posesión . Decreto o resolución de nombramiento. . Documentos que soporten el cumplimiento de los requisitos del cargo.
3. Inducción y reintucción	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano.	La inducción y reintucción se realiza a todos los funcionarios de acuerdo con lo establecido en el programa de inducción y reintucción de la entidad, en estas jornadas se contemplan todos los temas relacionados con el funcionamiento de la DTSC, de ello queda constancia en el soporte temático que incluye firma de los responsables de impartir los temas. Adicionalmente para reforzar los conocimientos se realiza taller evaluativo de la jornada de Inducción y reintucción.	. Programa de inducción y reintucción. . Registros de asistencia. . Soporte temático de Inducción y Reintucción. . Taller evaluativo de la jornada de Inducción y reintucción.
4. Entrenamiento	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano. Jefe inmediato del funcionario en ingreso	El entrenamiento frente al puesto de trabajo es responsabilidad del jefe inmediato, el cual se realiza mínimo durante 5 días.	Formato de entrenamiento del personal
5. Elaboración del Programa de Bienestar Social e Incentivos y Capacitación	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano. Comité Desarrollo Humano Integral	Se realiza el diagnóstico de necesidades a través de la aplicación y análisis de las encuestas de bienestar e incentivos y PIC, con este insumo se construye el programa Bienestar e incentivos, el plan de capacitación, el cual se adopta a través de acto administrativo, previa revisión del Comité para el Desarrollo Humano Integral.	. Encuesta diagnóstico plan de bienestar social e incentivos. . Encuesta diagnóstico de necesidades del PIC. . Programa de Bienestar Social e Incentivos . Plan de Formación y de Capacitación Institucional. . Plan de bienestar social e incentivos. . Plan institucional de capacitación. . Actas comité
6. Ejecución del plan de Bienestar Social e incentivos	. Equipo de Talento Humano. Comité Desarrollo Humano Integral	Se llevan a cabo las actividades contempladas en el Plan. Se realiza la encuesta de satisfacción virtual al 100% de las actividades y consolidado de los resultados de la encuesta. La ejecución del programa de bienestar social e incentivos se evalúa semestralmente en el comité de desarrollo humano integral, teniendo en cuenta adicionalmente los resultados de las encuestas de satisfacción de las actividades con el fin de tomar las acciones de mejora de ser necesario.	. Encuestas Virtuales . Consolidado de análisis . Registro de asistencia . Actas de comité


7. Ejecución del plan de Capacitación -PIC	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de Talento Humano. . Comité Desarrollo Humano Integral	Las capacitaciones al personal de la entidad se realiza de acuerdo con lo establecido en el PIC aprobado para la vigencia. Las preinscripciones se realizan de acuerdo con la programación y teniendo en cuenta tanto el perfil como el área de desempeño. El funcionario debe brindar los respectivos soportes y certificados de acuerdo con los tiempos establecidos dentro del plan de institucional de capacitación para la vigencia actual. La ejecución del plan institucional de capacitación se evalúa semestralmente en el comité de desarrollo humano integral, teniendo en cuenta adicionalmente los resultados de las encuestas de satisfacción de las capacitaciones con el fin de tomar las acciones de mejora de ser necesario.	. Soportes de ejecución del plan capacitación . Evaluación de satisfacción de la Capacitación. . Evaluación de la eficacia de la capacitación . Actas de reunión
8. Evaluación del desempeño laboral	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano. . Subdirectores de la entidad.	La evaluación del desempeño se realiza a los servidores de carrera administrativa y en periodo de prueba para la verificación de los logros alcanzados y el cumplimiento de los compromisos pactados y condiciones acordadas en la fijación de los mismos. Se utilizan instrumentos definidos por normatividad de la CNSC y se realiza de acuerdo con las fechas establecidas en la norma.	. Manual de Funciones y Competencias Laborales. . Evaluación del desempeño laboral (formato CNSC) . Formato de evaluación de desempeño en periodo de prueba (formato CNSC)
9. Medición del clima laboral	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano.	Mediante instrumento (encuesta) se realiza un diagnóstico para determinar el estado de satisfacción de los funcionarios en referencia a las relaciones con los jefes, compañeros, con la organización y su área de trabajo, en aras de obtener resultados que permitan definir acciones tendientes a mejorar el clima laboral y el desempeño de los funcionarios de la DTSC para lograr el cumplimiento de los objetivos misionales. Las acciones de intervención para mejorar el clima laboral quedaran establecidas en el Plan de Bienestar e incentivos a desarrollarse en cada vigencia.	. Encuesta diagnóstico de clima laboral . Soportes de ejecución del plan bienestar.
10. Gestión para el retiro del funcionario	. Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera. Equipo de talento humano.	Se realizan las actividades establecidas por norma según el tipo de retiro. El retiro del funcionario se realiza a través de acto administrativo, previa presentación de la constancia de entrega de bienes y documentos institucionales.	Resolución de retiro Entrega de Bienes y documentos Institucionales F008-P01-GTH
11. Fin			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-GTH
	Proceso: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		Fecha	2017-11-03
	Procedimiento: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Versión	3.0

Objetivo

Establecer estrategias que permitan anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud de los trabajadores, aportando al mejoramiento continuo de las condiciones y el medio ambiente laboral, en el marco legal vigente.

Responsable

Subdirector Gestión Administrativa, Equipo de Talento Humano

Alcance

Inicia con la validación y análisis de las acciones, programas y recursos destinados a la seguridad y salud en el trabajo y finaliza con la evaluación, seguimiento y planteamiento de acciones de mejora a los programas desarrollados.

Generalidades

1. La salud ocupacional incluye medicina preventiva, higiene y seguridad industrial y Copasst. Cada uno de estos aspectos contempla los siguientes elementos:

-Higiene Industrial: Contempla el estudio de los diferentes puestos de trabajo para determinar los factores de riesgo ocupacionales, los cuales se califican de acuerdo al grado de exposición, probabilidad de ocurrencia y consecuencias para determinar, finalmente, el grado de peligrosidad. Con base en esta información se construye la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos en la Dirección Territorial de Salud de Caldas. La actualización de esta matriz se realiza anualmente, en el formato establecido para tal fin.

-Seguridad Industrial: Busca velar por la seguridad del trabajador durante la realización de su trabajo. Por lo tanto controla y asesora en aspectos como: reubicación de funcionarios, adecuación locativa e instalaciones, prevenir accidentes de trabajo, brigadas y planes de emergencia y de primeros auxilios y análisis de datos estadísticos (ausentismo laboral, incidencias, prevalencias, entre otros).

- Medicina Preventiva y del trabajo: Todo funcionario debe acogerse al subprograma de medicina preventiva que contempla el análisis del perfil epidemiológico, con el fin de prevenir, controlar y hacer seguimiento a cualquier patología derivada de su actividad laboral.

2. El Plan de trabajo anual para la gestión de la Seguridad y salud en el trabajo en la DTSC, identifica claramente metas, responsabilidades, recursos y cronograma de actividades, en concordancia con el cumplimiento de los estándares mínimos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales e incluye el programa de capacitación relacionado.

3. El COPASST de la DTSC, está conformado por representantes de directivos y trabajadores equitativamente conforme a la Ley. Dicho comité se reúne una vez al mes en forma ordinaria y cuando se requiera en forma extraordinaria, para tratar temas referentes a salud ocupacional en la organización.

4. Las acciones de vigilancia epidemiológica se realizarán de acuerdo con el análisis de las condiciones de salud y de trabajo de los empleados y los riesgos priorizados, así mismo se desarrollan actividades de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como de promoción de la salud.

6. El reporte e investigación de los incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades laborales y su respectivo registro estadístico, se realizará de acuerdo a los protocolos legales establecidos y en concordancia con la ARL a la que está adscrita la entidad.

7. La DTSC tiene diseñado un Plan de Emergencias, donde se dan lineamientos para la prevención, preparación y respuesta ante eventos potencialmente desastrosos.

8. El manual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo declara el compromiso de la entidad y compila los anexos necesarios para el buen diseño, implementación y ejecución del SG-SST; el cual se actualizará periódicamente en aras de cubrir las necesidades identificadas de acuerdo a los lineamientos vigentes.

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Elaborar matriz para identificar peligros	Responsable de SSST y ARL	Con el acompañamiento de la ARL se realiza anualmente el levantamiento de la matriz para identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.	Matriz de identificación de peligros y evaluación y control de riesgos laborales F01-P02-GTH.
3. Elaborar perfil epidemiológico	Responsable de SSST	Basados en los resultados del examen médico ocupacional y el análisis estadístico de incidentes, accidentes y enfermedad laboral, los resultados de la encuesta sociodemográfica y la encuesta Condiciones de Salud y de Trabajo se elabora el perfil epidemiológico de la entidad con una frecuencia anual para determinar las acciones a desarrollar en los programas de promoción y prevención.	Perfil Epidemiológico
4. Elaborar plan de trabajo anual en SST	Director DTSC Subdirector Gestión Administrativa Responsable de SSST COPASST	El plan de trabajo anual se construye teniendo en cuenta los resultados de la matriz de identificación de peligros y el perfil epidemiológico, e incluye todas las acciones y programas a desarrollar durante la vigencia para el mejoramiento del comportamiento de los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo. Este Plan es aprobado por el Director de la entidad y el responsable del programa de Seguridad y salud en el trabajo. Incluye entre otros los siguientes aspectos: - Programa de capacitación. - Plan de Emergencias. - Campañas de promoción y prevención. - Cronograma de reuniones del COPASST.	Plan de trabajo Anual en SST
5. Ejecución del Plan anual en SST	Director DTSC Subdirector Gestión Administrativa Responsable de SSST COPASST	Ejecución de las actividades programas en el Plan Anual de SST	Acta de reuniones Registro de Asistencia Registros fotográficos Evaluación de la percepción de la capacitación F006-P01-GTH Reporte de incidentes, accidentes y enfermedad laboral (Plataforma ARL) Investigación de accidentes de trabajo F003-P02-GTH Formato Inspecciones Planeadas F004-P02-GTH Formato Hoja de Vida Brigadistas F005-P02-GTH
6. Seguimiento y evaluación de los resultados	Responsable de SSST Control Interno Área de Calidad	La evaluación se realiza por medio del Análisis de indicadores de proceso, resultados de Auditorías internas, resultados obtenidos de la ejecución del plan, cumplimiento de legislación vigente, entre otras.	Informes de Auditoria Interna Formato Acciones preventivas, correctivas y de mejora. F001-P02-GQ
7. Final			



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Proceso: GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y CONTROL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	GEC
	Proceso: GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y CONTROL		Fecha	2021-12-30
			Versión	3.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Evaluar la gestión de la Entidad y la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de gestión de Calidad, mediante la planeación, ejecución y seguimiento de Auditorías Internas de Gestión y calidad, para contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua de la entidad.

Responsable

Jefe Oficina de Control Interno

Alcance

Inicia desde la definición de estrategias y herramientas de medición y control y finaliza con el seguimiento a acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Indicadores
- ID-EI-03-001. Cumplimiento del Plan de Auditoría Interna

CARACTERIZACIÓN

Proveedor	Entrada	Procedimientos/Actividades	Salida	Cliente
1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo.	1) Plan de Desarrollo Departamental Plan de Acción Planes de Mejoramiento internos y de entes de control Mapa de Riesgos Indicadores de Gestión Institucionales Sistema de Gestión de Calidad Sistema de Control Interno Normograma	(P) REALIZAR LA PLANEACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO Responsables: Director General, Jefe Oficina de Control Interno, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	1) Programa anual de Auditorías Internas aprobado por Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo.
1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo.	1) Programa anual de auditorías aprobado Normatividad aplicable a los procesos Informes consolidados de Ley Reportes periódicos Datos Estadísticos Derechos de contradicción Planes de mejoramiento	(H) EJECUTAR PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS (Incluye Auditorías de Internas de Gestión y Calidad) Responsables: Jefe Oficina de Control Interno, Auditores internos	1) Informes de Auditoría Observaciones de auditorías de gestión Respuesta a derechos de contradicción No conformidades y Observaciones al Sistema de Gestión de Calidad y a los procesos Evaluación de Auditores Internos	1) Todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación
1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo	1) Necesidades de los procesos Metodología para la administración de riesgos	(H) EVALUACIÓN A LA EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES	1) Controles evaluados	1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo
1) Entes Externos de Control	1) Requerimientos de entes externos de control	(H) RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL	1) Informes de auditoría Planes de mejoramiento	1) Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo
1) Planeación Estratégica Gestión para la Evaluación y Control	1) - Mapa de Riesgos Institucional y por Procesos - Informes de Gestión - Informes de Auditoría internos y externos (Hallazgos) - Consolidado de Indicadores	(V) EVALUAR LA GESTION DEL PROCESO Responsables: Jefe Oficina de Control Interno	1) Informe de seguimiento y monitoreo de riesgos. Resultados de evaluación de Indicadores. Acciones Correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades Planes de Mejora	1) Proceso Planeación Estratégica Proceso Gestión para la Evaluación y Control
1) Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Seguimiento de la Entidad	1) Informes consolidados Reportes periódicos Datos estadísticos Documentación soporte de los informes	(A) IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES Responsables: Jefe Oficina de Control Interno	1) Informes de evaluación y seguimiento	1) Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Seguimiento de la Entidad

Procedimientos

Código	Procedimiento
P01-GEC	AUDITORIAS INTERNAS
P02-GEC	EVALUACIÓN A LA EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES
P03-GEC	RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL


Copia no controlada



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P03-GEC
	Proceso: GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y CONTROL		Fecha	2021-12-30
	Procedimiento: RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL		Versión	1.0

Objetivo

Servir de enlace entre la auditoria realizada por los entes externas de control y la entidad, facilitando el flujo de la información requerida para el desarrollo de la auditoria.

Responsable

Jefe Oficina de Control Interno

Alcance

Inicia con la recepción del comunicado de realización de la auditoria y termina con la remisión del plan de mejoramiento

Generalidades

1. Para las entes de control que lo requieran se dará tramite a la carta de salvaguardia la cual debe ir firmada por el Director General y dirigida al representante legal del respectivo ente de control antes del inicio de la auditoria.
2. La información solicitada debe ser entregada de manera oportuna según los tiempos establecidos por la oficina de control interno, en el caso de incumplimiento se informara al Director General y será el área responsable la encargado de remitir la información inoportuna al ente de control.
3. Para la proyección de los derechos de contradicción las áreas se podrán apoyar en la Subdirección Jurídica para los casos que lo consideren pertinente.

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Recepcionar el comunicado de realización de la auditoria		Una vez recibido el anuncio de la visita por el ente control a través de ventanilla única o correo electrónico, se procede a verificar el ente externo de control, el alcance de la auditoria y las subdirección u oficinas involucradas, para realizar la solicitud de la información requerida	Comunicado de auditoria.
2. Informar la auditoria a realizar		Se socializa el comunicado de notificación de la auditoria a través de correo electrónico o en medio físico a las subdirección u oficinas involucradas. Adicionalmente se solicita la información que requiere ser presentado para que sea remitida a través de correo electrónico o en medio físico según corresponda para la consolidación y envío.	Correo electrónico o firma del comunicado
3. Recepcionar y consolidar el envío de información		De acuerdo con la información solicitada se verifica que la información este completa y se procede a consolidar, para coordinar el envío a través del medio que el ente de control haya definido.	Oficio remisorio Correo electrónico de envío de información Información consolidada
4. Recibir la auditoria del ente de control		Se da el acompañamiento en la reunión de la apertura y se realiza la entrega de la información requerida durante el desarrollo de la auditoria	Oficio remisorio Correo electrónico de envío de información Información consolidada
5. Recepcionar y socializar el informe preliminar		Se realiza la recepción del informe y se envía a través de correo electrónico a las subdirecciones u oficinas involucradas para su revisión y proyección el derecho de contradicción en los casos que aplique.	Correo electrónico
6. Revisar del informe preliminar	Áreas responsables	Las subdirecciones u oficinas de acuerdo con sus competencias realizan la revisión del informe y proyectan el derecho de contradicción aceptando o no los hallazgos identificados y remite la información a control interno para su consolidación a través de correo electrónico	Correo electrónico
7. Consolidar y enviar el derecho de contradicción		Se recepciona la información y se procede a consolidar el derecho de contradicción con los respectivos soportes para ser enviado al ente de control a través de oficio remisorio firmado por el Director General	Derecho de contradicción Soportes Correo electrónico Oficio remisorio
8. Recepcionar y socializar el informe definitivo		Allegado el informe final, se reenvia el informe a las diferentes subdirecciones u oficinas para su conocimiento y formulación del plan de mejoramiento.	Correo electrónico
9. Formular plan de mejoramiento		A través oficio o correo electrónico se cita a las subdirecciones u oficinas responsables de dar tramite a los hallazgos de la auditoria para realizar mesa trabajo para la formulación del plan de mejoramiento.	Correo electrónico u oficio Registro de asistencia Plan de mejoramiento
10. Remitir el plan de mejoramiento al ente de control		Una vez se tienen el plan de mejoramiento formulado se realiza la remisión de este de acuerdo con los lineamientos dados por el respectivo ente de control	Soporte de envío



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: EVALUACIÓN A LA EFECTIVIDAD DE
LOS CONTROLES

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P02-GEC
	Proceso: GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y CONTROL		Fecha	2021-12-30
	Procedimiento: EVALUACIÓN A LA EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES		Versión	1.0

Objetivo

Evaluar los controles definidos en los riesgos para determinar su efectividad.

Responsable

Jefe Oficina de Control Interno

Alcance

Inicia con la solicitud del reporte de los soportes de la aplicación de los controles y termina con la socialización y publicación del informe.

Generalidades

La evaluación de la efectividad de los controles se efectúa de forma cuatrimestral de acuerdo con lo estipulado en la política de administración de riesgos.

Copia no controlada

Actividades del Procedimiento


Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Solicitar el reporte de los soportes de la aplicación de los controles		A través de oficio dirigido a los subdirectores y jefes de oficina se solicita el cargue de los soportes de la aplicación de los controles y la fecha límite del cargue de los mismos	Oficio de solicitud
2. Evaluar los controles		Se procede a realizar la evaluación de los controles de cada riesgo a través del aplicativo SIG validando la pertinencia de las evidencias reportadas por cada subdirección u oficina	Observación de evaluación en el SIG
3. Emitir y presentar informe de evaluación		Se realiza el informe de acuerdo con la valoración de los riesgos y las recomendaciones de mitigación. Este se envía en medio físico y/o por correo a los interesados y socializa en el Comité Institucional de Coordinación de Control interno	Informe Soporte de socialización
4. Publicación de los resultados de evaluación de riesgos		El informe de evaluación de la efectividad de la efectividad de los controles es enviado a Sistemas para su publicación en la página web.	Informe publicado



Dirección Territorial de Salud de Caldas

Procedimiento: AUDITORIAS INTERNAS

Copia no controlada

	Dirección Territorial de Salud de Caldas		Código	P01-GEC
	Proceso: GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y CONTROL		Fecha	2020-08-06
	Procedimiento: AUDITORIAS INTERNAS		Versión	9.0

Objetivo

Establecer un procedimiento para la planificación, implementación y ejecución de auditorías internas, tanto del Sistema de Gestión de Calidad como para el seguimiento y evaluación de la gestión institucional, con el fin de evaluar el cumplimiento de las disposiciones planificadas y normatividad aplicable a cada uno de los procesos, el seguimiento y evaluación de los controles establecidos por la entidad, y la conformidad del sistema con los requisitos de la norma que le aplican, en procura de la mejora y cumplimiento de objetivos institucionales.

Responsable

Audidores internos, Director General, Jefe Oficina de Control Interno, Líderes de proceso

Alcance

Inicia desde la elaboración y aprobación del Programa Anual de Auditorías y finaliza con el seguimiento al cumplimiento del 100% de las acciones correctivas y/o planes de mejoramiento suscritos, y la evaluación del auditor interno para el caso de auditoría de calidad

Generalidades

1. Las auditorías internas se enfoca a: Auditorías al Sistema de Gestión de Calidad y Auditorías de Gestión (Evaluación y Seguimiento). Dichas auditorías se realizan mínimo una vez al año y podrán ejecutarse individualmente para cada tipo, o compartidas.
2. El programa anual de auditorías, se elabora conjuntamente entre la Alta Dirección y el (la) Jefe de la Oficina de Control Interno, este debe ser aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; sin embargo es de aclarar que se podrán realizar auditorías específicas por solicitud escrita del Director General, por quejas y denuncias con prueba sumaria o por la Junta Directiva de la Entidad.
3. Para el ejercicio profesional de la auditoría interna en las Entidades del Estado, se debe incluir dentro del programa anual de auditoría aquellos procesos que una vez analizados bajo el enfoque de riesgos son prioritarios y pueden llegar a afectar o impactar la gestión de la Entidad.
4. Las auditorías internas se ejecutan bajo los principios de auditoría establecidos en la norma ISO 19011: conducta ética, presentación ecuaníme, debido cuidado profesional, independencia y enfoque basado en la evidencia. El auditor no podrá auditar su mismo proceso o actividades
5. Las auditorías internas de calidad son realizadas por el equipo de auditores internos o auditores externos cuando la entidad así lo defina, garantizando la independencia frente al proceso a auditar. Las auditorías internas de gestión, son realizadas por el equipo de Control Interno de la entidad.
6. Los resultados de las auditorías de gestión y de calidad, serán objeto de análisis en el informe de revisión por la Dirección y en los Comités que se requiera.
7. El auditor Líder para las Auditorías de Gestión, es el (la) Jefe de la Oficina de Control Interno. En el caso de auditorías de calidad, es responsabilidad de la Alta Dirección nombrar el auditor líder. Son funciones del auditor líder para ambos casos, coordinar con autoridad y responsabilidad las actividades de la auditoría, consolidar y presentar el avance de ejecución de la auditoría y el informe final; el avance de auditoría será presentado en la reunión de cierre, el cual consolida los hallazgos detectados por proceso.
8. Perfiles de los auditores internos
Para las auditorías del Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO9001
Auditor líder:
Educación: Título profesional con postgrado en áreas relacionadas con la auditoría.
Formación: Curso de Auditor Interno en ISO 9001:2015
Experiencia: Mínimo tres años en el ejercicio de su profesión, Mínimo 32 horas como auditor.

Audidores internos

Educación: Título profesional

Formación: Curso de auditor interno en ISO 9001:2015

Experiencia: Mínimo 16 horas como auditor.

Para la realización de la auditoría interna en IEC 17025 el auditor interno deberá cumplir con el siguiente perfil:

-Auditor líder:

Educación: Químico Farmacéutico, Ingeniero Químico, Químico, Químico de Alimentos, Ingeniero de Alimentos - Bacteriólogo, -Microbiólogo, Microbiólogo industrial, o profesionales afines a los laboratorios de ensayo.

Experiencia Profesional: mínimo de 3 años en el ejercicio de su profesión.

Formación: certificar mínimo 50 horas en cursos o capacitaciones afines a sistemas de gestión de calidad y/o metrología, Certificar que ha realizado la formación en NTC-ISO/IEC 17025, Certificar que es auditor interno en la norma NTC-ISO/IEC 17025.

Experiencia específica: Certificar mínimo 80 horas de auditoría bajo la norma NTC-ISO/IEC 17025 en laboratorios de ensayo.

Auditor experto técnico: Educación: Microbiólogo o Bacteriólogo para acreditación de ensayos en área de microbiología, químico o ingeniero químico para ensayos del área de microbiología.

Experiencia profesional: experiencia profesional mínimo de 2 años en el ejercicio de su profesión.

Formación: certificar mínimo 50 horas en cursos o capacitaciones afines a sistemas de gestión de calidad y/o metrología, Certificar que ha realizado formación en NTC-ISO/IEC 17025, Certificar que es auditor interno en la norma NTC-ISO/IEC 17025

Experiencia específica: Certificar mínimo 48 horas de auditoría bajo la norma NTC-ISO/IEC 17025 en laboratorios de ensayo.

8. Para el caso de auditorías de Calidad, el informe final de auditoría será presentado dentro de los 5 días hábiles siguientes a la reunión de cierre.

En las auditorías de gestión la Oficina de Control Interno es la encargada de elaborar y remitir al responsable del proceso auditado por escrito y/o por correo electrónico el informe de auditoría de acuerdo con el formato establecido en el SGC, hasta 10 días hábiles después de finalizada la auditoría. Este tendrá un plazo de 3 días hábiles para ejercer el derecho de contradicción, que consiste en objetar los hallazgos u observaciones encontrados durante la auditoría. A su vez la oficina de Control Interno, dispone 2 días hábiles siguientes al recibo del derecho de contradicción, para dar respuesta al mismo, por medio de oficio, posteriormente el informe de auditoría queda en firme.

Nota: En caso que para el análisis de auditoría se requiera más de los tres (3) días hábiles para ejercer el derecho de contradicción, el auditado informará a través de oficio a la Oficina de Control la solicitud de ampliación de tiempo a aprobada por el del Director General.

10. La toma de las acciones correctivas y/o de mejora para el caso de las auditorías de calidad o correctivas para las auditorías de gestión, formuladas para dar respuesta a las no conformidades u observaciones detectadas y registradas en el proceso de auditorías, se realizará dentro de los 10 días hábiles siguientes a la entrega del informe de auditoría (ó a su ratificación para el caso de auditorías de gestión).

11. El área de calidad realiza el consolidado de las acciones correctivas y de mejora definidas como resultado de las auditorías internas de calidad, para que con este insumo el auditor que corresponda efectúe el seguimiento y cierre de las mismas.

12. La oficina de control interno es la encargada de realizar el consolidado, seguimiento y cierre a los planes de mejoramiento propuestos como resultado de las auditorías de gestión. Para las auditorías de calidad, el seguimiento y cierre acciones debe ser realizado por el auditor que detecta la no conformidad, salvo en caso de fuerza mayor que lo hará el área de calidad.

13. Se realizará retroalimentación en los comités que se requieran, acerca del estado las acciones resultantes como respuesta a las No conformidades u observaciones, para que se tomen medidas con respecto a los mismos. Lo anterior debe quedar registrado en las respectivas Actas de Reunión.

14. Para el caso de las auditorías internas de calidad, la calificación de los auditores internos se realiza por parte de los auditados al terminar el proceso de auditoría; la aplicación del instrumento de calificación, tabulación y presentación del informe es responsabilidad del área de Calidad. El análisis de los resultados de las evaluaciones se realiza en la revisión por la dirección o en el comité que corresponda.

15. Las auditorías internas de calidad podrán realizarse de manera remota, a través del uso de plataformas adecuadas para el desarrollo del proceso, así como la realización de entrevistas de manera virtual usando herramientas tecnológicas como Zoom, Meet, Webex, Teams, entre otras.

Actividades del Procedimiento

Tarea	Responsables	Descripción	Documentos y/o registros asociados
1. Inicio			
2. Elaborar Programa de Auditoria	El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno, Representante de la Alta Dirección	El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno en conjunto con el representante de la alta Dirección, elabora y/o actualiza el Programa Anual de Auditorías, que incluye tanto las auditorías de gestión como las internas del sistema de gestión de la calidad y lo documenta en el formato definido. Este programa es presentado al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su aprobación.	F 0 0 1 - P 0 1 - G E C Programa Anual de auditoria.
3. Aprobar el Programa anual de Auditoria	El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno	El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno, somete a aprobación del Comité institucional de coordinación de control interno el Programa de Auditoría y/o su actualización, lo cual debe quedar documentado en el Acta de reunión.	Acta F 0 0 1 - P 0 1 - G E C Programa Anual de auditoria.
4. Se Aprueba ?	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Si el Programa de Auditorías no es aprobado, se hacen las correcciones pertinentes y nuevamente se presenta al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su aprobación. Cuando el Programa de Auditorías es aprobado, este se difunde a través de los medios de comunicación establecidos por la entidad.	Acta Comunicado
5. Elaborar Plan de Auditoria	El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno / Auditor Líder	Teniendo en cuenta el programa de auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Auditor Líder y/o el (la) Jefe de la oficina de control interno, elaboran el plan de auditorías internas para cada ciclo, en el formato establecido en el SGC; este plan contiene el detalle de las actividades a desarrollar. El Plan de Auditorías es aprobado y firmado por el Director General. Dicho plan debe ser dado a conocer a los auditados 5 días antes de la auditoría.	F002-P01-GEC Plan de Auditoría.
6. Elaborar listas de chequeo	Equipo Auditor	Se elaboran las listas de chequeo para el caso de auditorias internas de calidad, en el formato F003-P01-GEC Lista de Chequeo, con la participación del equipo auditor teniendo en cuenta los criterios de la auditoría a desarrollar.	F003-P01-GEC Lista de Chequeo
7. Realizar reunión de apertura	Auditor Líder	En esta reunión intervienen todas las personas de las áreas a auditar y se tratan los siguientes puntos: 1) Presentación del equipo auditor y sus funciones. 2) Alcance, objetivo, cronograma inicial de auditoria 3) Ratificación del plan de auditoria. 4) Se describe la metodología a seguir para la auditoria y para la toma de acciones. 5) Se aclaran inquietudes y se da por iniciada la auditoria. 6) Se confirma la fecha de la reunión de cierre. En caso de presentarse algún inconveniente para la ejecución de una actividad planificada se procede a realizar los ajustes y aprobación de los mismos. Se registra la asistencia de la Reunión de Apertura en el formato registro de asistencia.	Registro de asistencia F001-P05-GAF
8. Ejecutar la Auditoria	Equipo Auditor	Los auditores inician la ejecución de la auditoría de calidad, donde deben recolectar evidencias que demuestren la conformidad de los procesos auditados con los criterios establecidos. Los hallazgos u observaciones, se documentan claramente en el formato de Informe de Auditorias Internas de calidad y de auditorias de gestión establecidos. En el desarrollo de la auditoría, las evidencias de auditoría se reúnen a través de entrevistas, revisión de documentos, registros, resultados de indicadores, Observación física, y otros que el equipo auditor considere convenientes. Se aplican las listas de chequeo.	Lista de chequeo

9. Reunión de cierre	Auditor Líder	<p>El auditor Líder, preside la reunión de cierre a la cual asisten tanto los auditores como los auditados. En dicha reunión se tratan los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión del cumplimiento del plan de auditoría, 2) Se informa a los auditados los observaciones o hallazgos encontrados (Informe de Avance de Auditoría). 3) Se realizan las aclaraciones pertinentes. <p>De igual forma, se recuerda a los auditados las fechas establecidas para el seguimiento a las acciones.</p> <p>Se registra la asistencia a la Reunión cierre en el formato Registro de Asistencia.</p>	F001-P05- Registro de Asistencia	GAF de
10. Elaborar y remitir el informe preliminar de auditoría	Auditor Líder Responsable del proceso Auditado	<p>El auditor Líder elabora y presentar el informe final de auditorías internas de calidad y de gestión según el formato establecido y lo debe entregar máximo a los 5 días hábiles (8 días hábiles para auditorías de Gestión) siguientes a la reunión de cierre.</p> <p>Solo para auditorías de Gestión aplica el derecho de contradicción.</p> <p>Adicional al informe de Auditoría enviado al responsable del proceso auditado, se remite el formato de acciones preventivas, correctivas y de mejora diligenciado por cada hallazgo. En este formato, el responsable del proceso auditado debe proponer las acciones (correctivas, preventivas o de mejora) que den respuesta a dichos hallazgos u observaciones y debe enviarlas al área de calidad (auditorías de calidad) o a la oficina de control Interno (Auditorías de Gestión) durante los 10 días hábiles siguientes a la recepción del informe de auditoría.</p>	Informe de Auditorías (F004- P01-GEC y F007-P01- GEC)	
11. Seguimiento a acciones	Auditor Líder	<p>Cada auditor, es responsable de efectuar el seguimiento y verificación de las acciones correctivas, preventivas o de mejora definidas por el auditado y reportar el resultado al área de calidad o control interno, para su consolidación. Las actividades mencionadas se realizan en el formato de Acciones correctivas y de mejora F001-P02-GQ para el caso de auditorías de calidad y para auditorías internas de gestión Plan de Mejoramiento según formato F006-P01-GEC.</p> <p>Para el caso de auditorías de gestión, la ejecución y cumplimiento de las acciones, en ningún caso podrá pasar de una vigencia a otra, garantizando con esto el cumplimiento del 100%. En caso de no alcanzar con la ejecución del 100% de las acciones en los tiempos establecidos, el responsable del proceso auditado deberá enviar por escrito a la Oficina de Control interno, las aclaraciones o modificaciones requeridas, máximo 1 mes antes del cierre de la misma.</p>	Acciones correctivas y de mejora F001- P02-GQ Plan de Mejoramiento F006- P01-GEC.	
12. Recopilar y archivar según TRD, los registros de las auditorías	Auditor Líder	El área de Calidad y la oficina de Control Interno, recopilan toda la documentación involucrada en el proceso de auditorías internas de calidad y de gestión respectivamente, tales como: Programa de auditorías, plan de auditoría, listas de chequeo, acciones correctivas, preventivas, y/o de mejora, actas (cuando aplique), listas de asistencia, informe de auditoría. A los documentos se les efectúa control, de acuerdo con el procedimiento para el control de documentos y registros y las TRD.	Expedientes de Auditorías Internas	
13. Evaluar los auditores internos	Auditor Líder	Dentro de los 8 días siguientes a la realización de la auditoría se aplica la evaluación de auditores, se consolidan los resultados y se analizan en el comité de calidad.	Evaluaciones e informe	
14. Fin				