

1. OBJETIVO:

Establecer las directrices para la estructuración del contenido, presentación, codificación y almacenamiento de los documentos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de Gestión Calidad y Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. y la manera de administrarlos, para garantizar su elaboración, control y vigencia.

2. ALCANCE:

Inicia con la creación, modificación, codificación, almacenamiento y finaliza con la disposición final de los documentos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión (SIG) del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S.

3. RESPONSABLES:

- ⌘ Directora de calidad control de documentos que confieren al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud (SOGCS), Joint Commission International-JCI y demás documentos operativos.
- ⌘ Coordinadora de seguridad y salud en el trabajo control de documentos que confieren al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y gestión ambiental.

4. DEFINICIONES:

- ⌘ **Almacenamiento:** Es el lugar donde se encuentra almacenada la información, esta puede estar en medio magnético o impreso; permitiendo situar fácilmente los registros objeto de consulta.
- ⌘ **Anexo:** sección de información adicional que amplía la información de un documento. Puede presentar anexos particulares como gráficos, tablas, tipos de planillas de registros, entre otros.
- ⌘ **Aprobó:** Nombre y cargo de la persona responsable de aprobar los documentos elaborados y/o modificados del Sistema Integrado de Gestión verificando que se cumplan con las actividades establecidas.
- ⌘ **Caracterización de proceso:** documento usado para describir la estructura de cada proceso, estableciendo entre otros, su objetivo, alcance, responsable, entradas, salidas y las actividades de acuerdo con el ciclo PHVA.
- ⌘ **Código:** Conjunto de letras, números y/o símbolos que permiten identificar un documento en forma particular.
- ⌘ **Copia controlada:** Es el documento copia del original, sobre el cual existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen. Estas copias están identificadas en el pie de página COPIA CONTROLADA.
- ⌘ **Copia no controlada:** Copia del documento original en medio físico o magnético entregado a un tercero con fines de información. Estas copias están identificadas en el pie de página COPIA NO CONTROLADA. sobre estas no hay responsabilidad de actualización.
- ⌘ **Difusión:** Es la divulgación del documento a los responsables de los procesos que les aplica y que deben tener conocimiento del mismo.
- ⌘ **Distribución de documentos:** Entrega de un documento aprobado a los funcionarios de la organización involucrados en las actividades descritas para su conocimiento y cumplimiento.

- ⌘ **Documento externo:** Es aquel elaborado por entes externos a la institución pero que inciden en la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión.
- ⌘ **Documento obsoleto:** Es un documento que ha perdido su vigencia en fecha o contenido.
- ⌘ **Documento:** Información y su medio de soporte (procedimientos, instructivos, formatos, planes, programas, matrices, documentos de origen externo; entre otros). En el Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. los documentos son los relacionados en el ANEXO 1. PIRÁMIDE DOCUMENTAL.
- ⌘ **Documentos del sistema integrado de gestión:** Son aquellos documentos de la organización, que aseguran la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.
- ⌘ **Elaboró o redactó:** Nombre y cargo de la persona que redacta el documento, procedimiento, manual o instructivo, los cuales se integran al Sistema de Gestión.
- ⌘ **Fecha de emisión:** Corresponde al día, mes y año en que el documento paso por las etapas de elaboración, revisión y aprobación del documento.
- ⌘ **Fecha de vigencia:** Corresponde al día, mes y año en que el documento paso por las etapas de elaboración, revisión y aprobación del documento.
- ⌘ **Formato:** Corresponde a una hoja previamente diseñada para permitir la recolección de la información y que proporciona evidencia de una acción.
- ⌘ **Guía:** Pautas de acción, esenciales ante un problema, establece recomendaciones, sugerencias u orientaciones sobre un tema específico.
- ⌘ **Información documentada:** Información escrita y socializada de procesos, procedimientos, actividades en un servicio de salud, que puede estar en medio físico o magnético, ser de cualquier fuente refiriéndose al lugar de origen de la información y estar en cualquier formato o idioma.
- ⌘ **Instructivo:** Documento que describe de forma secuencial y con alto nivel de detalle actividades u operaciones muy específicas.
- ⌘ **Listado maestro de documentos:** Documento en el cual se encuentran listados todos los documentos que hacen parte del sistema integrado de gestión a través de este se controlan los documentos del sistema.
- ⌘ **Manual del Sistema Integrado de Gestión:** es el documento que describe en forma genérica el Sistema Integrado de Gestión, incluye entre otros la política integrada del sistema y el alcance del mismo.
- ⌘ **Modificación:** Mecanismo a través del cual se realizan cambios necesarios en los documentos. Pueden ser de forma o de contenido.
- ⌘ **PHVA:** Corresponde a las siglas del Planear, Hacer, Verificar y Actuar.
- ⌘ **Pirámide documental:** es la representación gráfica de los documentos definidos en el Sistema Integrado de Gestión.
- ⌘ **Política:** Documento que define directrices.
- ⌘ **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Es recomendable que los procedimientos definan, como mínimo: quién hace qué, dónde, cuándo, porqué y cómo.
- ⌘ **Proceso:** Conjunto de trabajos, tareas, operaciones correlacionadas o interactivas que transforma elementos de entrada en elementos de salida utilizando recursos.

- ⌘ **Producto:** Resultado esperado de un proceso, ya sea material o inmaterial como el servicio. El producto puede ser interno o externo al cliente de la organización.
- ⌘ **Programa:** Son documentos escritos que definen con claridad los objetivos de una organización y describe los métodos que se van a emplear para alcanzar dichos propósitos.
- ⌘ **Registro.** Resultado esperado de un proceso, ya sea material o inmaterial como el servicio. El producto puede ser interno o externo al cliente de la organización.
- ⌘ **Requisito:** Necesidad o expectativa que pueden ser expresadas, normalmente implícitas o impuestas. Puede haber requisitos del cliente, requerimientos de la norma, requisitos internos de la organización, requisitos reglamentarios y legales, entre otros. Se habla de requisito especificado cuando está establecido, por ejemplo, en un documento como en el caso de requisitos reglamentarios y legales.
- ⌘ **Revisó:** Nombre y cargo de la persona que revisa los documentos elaborados y/o modificados del sistema para garantizar que cumpla con las condiciones establecidas.
- ⌘ **SIG-Sistema Integrado de Gestión:** Plataforma común que unifica los sistemas de gestión del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S, para orientar y fortalecer la gestión, dar dirección, articular y alinear conjuntamente los requisitos de los subsistemas que lo componen.
- ⌘ **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST):** Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.
- ⌘ **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS):** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

5. REQUISITOS GENERALES:

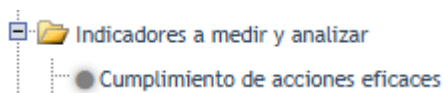
Requisitos	Recursos necesarios
Norma ISO 9001. Control Documentos. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Resolución 0444 de 2008. por la cual se adopta el Instrumento de Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de	Talento humano: Director de calidad. Coordinador de seguridad y salud en el trabajo. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos: No aplica. Dotación: No aplica. Almera. Servidor. Hardware. Software. Equipos de cómputo. Papelería. Back up.

Requisitos	Recursos necesarios
preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones. Punto 9. Documentación. Punto 10. Sistema de Gestión Calidad. Joint Commission International-JCI	Correo electrónico. Colegio de gestión del riesgo. Enfoque diferencial: No aplica.

6. DESCRIPCIÓN:

Conocer la operatividad de los servicios y aplicar de manera adecuada las exigencias normativas en relación a los temas de seguridad y salud en el trabajo, y del sector salud; permite identificar a quienes direccionan o coordinan servicios o quienes son líderes de estándares o programas cómo documentar, con quienes interactuar para hacer adherencia a sus procesos desde el “Deber ser normativo” o según necesidades operativas del área o servicio. También ayuda al manejo de las interrelaciones con las interdependencias de servicios o áreas, compañeros de trabajo, pares académicos, jefe inmediato, proveedores, contratistas, coordinadores de servicios y como llevar la instancia de la comunicación al personal que hace parte de su equipo de trabajo. Lo anterior, en pro de ver el sistema integrado de gestión en función de entrada-proceso-resultado, información que se obtiene a través de exigencias contractuales, ejercicios de autoevaluación, niveles de auditoria interno o externo, comités, grupos primarios mediciones de adherencia, seguimiento a los planes de mejora; permitiendo evidenciar una gestión basada en evidencias de descripción cualitativa (plan de mejora) y cuantitativa (indicadores) que por medio de un ciclo PHVA se conoce la **eficacia** del Sistema Integrado de Gestión-SIG.

El indicador de eficacia se encuentra en el aplicativo ALMERA, donde se encuentra para medición anual por parte de director de calidad en el **Plan Individual** :



Y en donde se encuentra desde el Sistema de Información para la Calidad-SIC:

- Seguimiento.
- Ficha técnica.
- Análisis.
- Mediciones.
- Planes de mejora.
- Relaciones.

Se define para el control de cambios de proyectos de mejoras integrar el ciclo PHVA de los cambios con el fin de mediar con grupo multidisciplinario las afectaciones, costo, entre otros.

Este procedimiento brinda información al personal del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S, acerca del control de documentos de los Sistemas Integrados de Gestión-SIG

Ver documento política **PE-PL1-GSST POLÍTICA INTEGRADA DE GESTIÓN.**

Los aspectos establecidos para la administración y control de los documentos requeridos por los Sistemas Integrados de Gestión, están determinados por su viabilidad y entendimiento para el lector. Los documentos del Sistema Integrado de Gestión se codifican para tener un mayor control.

Para la elaboración de los documentos se recomienda redactar con brevedad y precisión, evitando el uso de abreviaturas, dado el caso de que existan estas deben ser autorizadas desde JCI por Dirección médica. Según Decreto 2200 de 2005 CAPÍTULO IV DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS. ARTÍCULO 16. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESCRIPCIÓN. 4. *No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.* Según Resolución 1995 de 1999 CAPÍTULO II DILIGENCIAMIENTO. ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES. *La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.*

Frente el manual versión 8 de Joint Commission International en el estándar MOI indican:

Uso estandarizado de la información

MOI.02.00 Los documentos, incluidas las políticas, los procedimientos y los programas, se gestionan de forma coherente y uniforme.

MOI.02.01 Los líderes revisan, aprueban y gestionan la implementación de políticas y procedimientos que guían y respaldan la atención y los servicios del paciente.

MOI.02.02 El hospital utiliza códigos de diagnóstico y procedimiento estandarizados y garantiza el uso uniforme de símbolos y abreviaturas aprobados en todo el hospital.

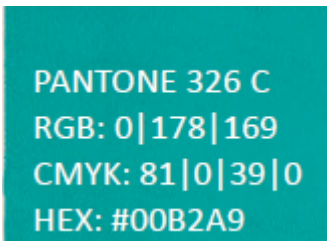
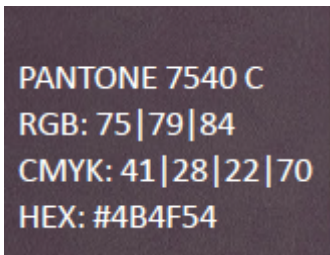
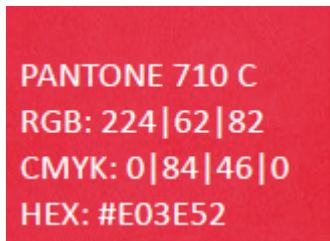
MOI.02.03 El hospital recupera, difunde y transmite información de salud de manera oportuna en un formato que cumple con las expectativas del usuario y con la frecuencia deseada.

La presentación de los documentos debe cumplir con el **manual de identidad COA-Quirónsalud**:

TIPOGRAFÍA

Calibri Regular.

COLORES DEL LOGOTIPO

 <p>PANTONE 326 C RGB: 0 178 169 CMYK: 81 0 39 0 HEX: #00B2A9</p>	 <p>PANTONE 7540 C RGB: 75 79 84 CMYK: 41 28 22 70 HEX: #4B4F54</p>	 <p>PANTONE 710 C RGB: 224 62 82 CMYK: 0 84 46 0 HEX: #E03E52</p>
--	--	--

VERSIONES DEL LOGOTIPO

Vertical



Horizontal

Centro Oncológico Antioquia

Dando cumplimiento a los criterios exigidos en la Resolución 0444 de 2008 frente documentación es la siguiente:

- ⌘ El COA establece las siguientes plantillas o documentos institucionales para el levantamiento de información documental o para **elaborar documentos**, los cuales integran las instrucciones para su elaboración y se pueden descargar a través del aplicativo ALMERA. Ver instructivo **PE-I4-GCA COMO_CONSULTAR_ACCESO_PLANTILLAS_INSTITUCIONALES_ALMERA**.
- ⌘ Los tipos de documentos que se manejan en el COA corresponden a caracterización, manuales, procedimientos, protocolos, instructivos, políticas, recomendaciones, formatos, entre otros. Los cuales se pueden descargar desde ALMERA en la siguiente ruta: Mapa de procesos/Sistema Integrado de Gestión/Documentación/Documentos asociados/Plantillas.
Ver infografía de orientación al personal **PE-INF4-GCA DESCARGAR PLANTILLAS ALMERA**.
Ver video explicativo de orientación al personal **PE-VID1-GCA CONSULTA DESCARGA DE PLANTILLAS INSTITUCIONALES**.
- ⌘ Cada documento se codifica y lleva la fecha de emisión y vigencia que corresponde cuando el documento pasó por el proceso de elaboración o redacción, revisión y aprobación.
- ⌘ En la parte final del documento se detalla fecha, cargo, nombre completo y firma de la personas responsables y autorizadas. Toda persona que labora en COA debe diligenciar el formato **PA-F46-GCA AUTORIZACIÓN_FIRMA_DIGITAL** que corresponde a la firma que debe aparecer en el documento.
- ⌘ Cada documento tiene establecido el objetivo (propósito), alcance y responsabilidades, desde la normatividad de habilitación en salud Resolución 3100 de 2019 exigen **desde el estándar de procesos prioritarios el siguiente contenido para las plantillas:**
- 7. *El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y **enfoque diferencial**, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye **talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos**.*
- ⌘ Joint Commission International-JCI exige lo siguiente:

MOI.02.00 Los documentos, incluidas las políticas, los procedimientos y los programas, se gestionan de manera coherente y uniforme.

MOI.02.01 Los líderes revisan, aprueban y gestionan la implementación de políticas y procedimientos que guían y respaldan la atención y los servicios al paciente.

Las plantillas de JCI cumplen con los requerimientos dadas por el experto y se encuentra a disposición del personal en aplicativo ALMERA.

En los formatos el tamaño de la hoja es libre de tal manera que permita el uso óptimo del papel, el control de documentos se realiza registrando en un apartado de cada documento institucional, para los formatos en Excel se realiza el control del formato en la hoja de cálculo dos (2) la trazabilidad se maneja a través del aplicativo ALMERA. En el Word aparece en la parte final del formato. En ALMERA se carga el formato en PDF con las firmas y el formato editable sin firmas para el uso del personal que lo requiera.

Todo documento generado por el Sistema Integrado de Gestión pasa por las etapas de elaboración o redacción, revisión, aprobación y difusión. La socialización se realiza según instructivo **PE-I22-GCA COMO SOCIALIZAR LOS DOCUMENTOS EN ALMERA.**

Sin embargo el director/coordinador de área o servicio y finalmente el responsable de área o servicio define dicha difusión a través de medios virtuales como teams, presencial, el colegio sura o cualquier otro medio que garantice el conocimiento por parte del personal involucrado.

Lo anterior en cumplimiento de lo exigido en el Sistema Único de Habilitación (SUH) en TODOS LOS SERVICIOS/4.6. DEFINICIONES DEL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS/**Información documentada:** *Información escrita y socializada de procesos, procedimientos, actividades en un servicio de salud, que puede estar en medio físico o magnético, ser de cualquier fuente refiriéndose al lugar de origen de la información y estar en cualquier formato o idioma.*

El encargado de la **etapa de elaboración** o redacción de un documento de gestión es el coordinador del área-servicio o su delegado que debe ser un par académico que tenga conocimiento del tema a documentar.

El encargado de la **etapa de revisión** en el documento de gestión, son las administradoras del Sistema Integrado de Gestión-SIG corresponde a director de calidad o coordinador de seguridad y salud en el trabajo o enfermera de implementación JCI según el nombre del documento.

El encargado de la **etapa de aprobación** es el coordinador/director o jefe inmediato, salvo que éste haya elaborado el documento, quien aprueba debe ser otra dirección, un par académico o Gerente General.

El encargado de la **etapa de socialización o difusión** de los documentos vía correo electrónico son las administradoras del SIG. Y por cualquier otro medio por parte del Coordinador de área-servicio o su delegado dejando las evidencias en SIG/registros de su área o servicio.

El encargado de la **etapa de evaluación** de los documentos es el director o coordinador de área o servicio responsable de tener la información documentada de carácter normativo o de operatividad, quien posteriormente debe dar a conocer a director administrativo (talento humano) los temas de inducción, reinducción, capacitación, formación con evidencias y a director de calidad el soporte de la difusión del personal a cargo que respalde el conocimiento para la puesta en práctica.

La revisión y aprobación de los documentos tiene como fin asegurar que son claros, concisos, con redacción adecuada, entendible y no reiterativa y, en su caso, que cumplen con los estándares de calidad del COA.

Los registros se conservarán el tiempo que les aplique por la normativa vigente y, si no la hubiera, el responsable del macroproceso, proceso o subproceso será quien determine el tiempo de conservación.

Los documentos de carácter legal deben ser revisados por el área jurídica Quironsalud tales como contratos.

NOTA: Ningún documento de gestión puede ser elaborado y aprobado por la misma persona, tampoco revisado y aprobado. ya que no se cumpliría con Buenas Prácticas de Documentación (BPD) en inglés Good Documentation Practice (GDP).

Para cumplir con el control de documentos del Sistema de Garantía de la Calidad de Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los productos farmacéuticos exige que la buena documentación es parte integral para todos los aspectos relacionados de Buenas Prácticas¹.

Y es así como las BPD permite:

1. Aumentar la eficacia en la organización de los documentos.
2. Disminuir los esfuerzos asociados a los cumplimientos de los distintos marcos regulatorios.
3. Eventual eliminación de algunas auditorias.
4. Aumentar la eficacia y alcance de la capacitación del personal.
5. Aumentar la eficiencia y productividad.
6. Facilitar la comunicación.

La comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus resultados previstos. Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global de la organización, este sistema de entrada-proceso

¹ <https://gestion-y-calidad.blogspot.com.co/2008/02/1.html>

y salida se identifica en el documento institucional llamado “Caracterización” que se encuentra inmerso en ALMERA.

El enfoque a procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de los sistemas integrados de gestión y la plataforma estratégica del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en una Gestión Integral de Riesgos-GIR dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados el cual es gestionado por Oficial de riesgos del grupo Quironsalud a cargo del área jurídica.

La aplicación del **enfoque a procesos** en un sistema de gestión de la calidad permite:

- 🌀 La comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos.
- 🌀 La consideración de los procesos en términos de valor agregado.
- 🌀 El logro del desempeño eficaz del proceso.
- 🌀 La mejora de los procesos con base en la autoevaluación de los datos y la información.

Actividad	Descripción	Responsable
Realizar elaboración de los documentos del Sistema Integrado de Gestión (SIG)	<p>La elaboración de los documentos del SIG debe ser realizados por el Coordinador del área-servicio o su delegado.</p> <p>Para la elaboración de los documentos de gestión se debe conservar la estructura definida en las siguientes plantillas institucionales:</p> <p>Ver instructivo PE-I4-GCA COMO_CONSULTAR_ACCESO_PLANTILLAS_INSTITUCIONALES_ALMERA.</p> <p>La elaboración de los documentos del SIG debe tener en cuenta la siguiente estructura general, que es la que describe la forma como está diseñado el documento en cuanto a su encabezado, cuerpo del documento y pie de página.</p> <p>ENCABEZADO: El encabezado identifica el documento del SIG y está compuesto por: Logotipo, tipo de documento o plantilla institucional, nombre del documento.</p> <div style="text-align: center;"> <p><small>PROCEDIMIENTO</small> NOMBRE DEL DOCUMENTO</p> <p>Centro Oncológico Antioquia</p> </div> <p>SISTEMA DE CODIFICACION: La codificación del Sistema Integrado de Gestión permite identificar los documentos de una manera práctica y segura. Se compone de: Tipo de proceso + Tipo de documento + Número de consecutivo + Macroproceso o Proceso o subproceso al que pertenece. La codificación se origina a partir del mapa de procesos que se encuentra en ALMERA. Ver instructivo PE-I17-GCA CÓMO VISUALIZAR EL MAPA DE PROCESOS EN EL APLICATIVO</p>	Coordinador del área-servicio o su delegado

ALMERA y video PE-VID2-GCA CONSULTA MAPA DE PROCESOS INTERACTIVO, el cual se encuentra también a través del aplicativo ALMERA.			
CÓDIGO			
1.TIPO DE PROCESO	2.TIPO DE DOCUMENTO	3.CONSECUTIVO	4. MACROPROCESO, PROCESO O SUBPROCESO AL QUE PERTENECE
XX	XX	##	XXX
CONVENCIONES			
PE: Proceso Estratégico	M: Manual	Es el consecutivo según la cantidad de documentos que haya del mismo tipo y comienzan desde el 1 hasta el que sea necesario crear.	GIR: Gestión integral de riesgos
PM: Proceso Misional	C: Caracterización		GSST: Gestión seguridad y salud en el trabajo
PA: Proceso de Apoyo	P: Procedimiento		PCI: Prevención y control de infecciones
	I: Instructivo		SP: Seguridad Paciente
	PR: Protocolo		GCA: Gestión de control de documentos
	G: Guía		GH: Gestión del talento humano
	F: Formato		GPC: Gestión proveedores y compras
	DE: Documento Externo		GI: Gestión infraestructura

		PRO: Programa		GTB: Gestión de tecnología biomédica	
		PL: Política		GTI: Gestión de tecnología de la información	
		R: Recomendaciones		GAU: Gestión sistema de información de atención al usuario	
		CI: Consentimiento informado		GF: Servicio farmacéutico	
		EQ: Esquema quimioterapia		SU: Servicio de urgencias	
		HAB: Hablador		HOS: Hospitalización	
		INF: Infografía		UCE: Cuidado intermedio adultos	
		VID: Video		UCI: Cuidado intensivo adultos	
		PO: Perfil ocupacional		GN: Nutrición	
	<p>La información documentada de origen externo, que la institución determina como necesaria para la planificación y operación del SIG se debe identificar con un código así: Documento Externo + N° del documento externo + Proceso al que pertenece. Ejemplo: DE1-GCA (Documento Externo número uno-Gestión calidad). Si el documento externo no se articula en un documento de gestión se carga tal cual aparece el nombre del documento externo.</p>				

CUERPO DEL DOCUMENTO: Es la forma como se estructura el contenido del documento y consta de los siguientes elementos.

1. Objetivo: Propósitos que se alcanzan con el contenido del documento.

2. Alcance: Es el área de cubrimiento del documento.

3. Responsable: Es la persona que se encarga de garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el procedimiento.

4. Definiciones: Son aquellos términos que requieren ser definidos para la interpretación correcta del texto del documento.

5. Requisitos Generales: Directrices que enmarcan las actividades y condiciones exigidas para el desarrollo de dichas actividades.

Requisitos	Recursos necesarios
<Normas, leyes, acuerdos que se deben cumplir dentro del proceso>	Talento humano: Medicamentos, dispositivos médicos e insumos: Dotación: Enfoque diferencial: <Información requerida (software y hardware, entre otros), para el desarrollo del documento>.

6. Descripción: Se debe realizar una breve presentación del contenido macro del procedimiento.

Descripción secuencial de las actividades que se deben realizar durante el respectivo procedimiento.

Actividad	Descripción	Responsable
Nombre de la actividad en orden secuencial.	Describir la actividad. Verbo en infinitivo.	Nombre del cargo del responsable de esta actividad.


7. Control del documento: Se realiza una descripción de las actividades a controlar dentro del procedimiento.

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
<Actividad del procedimiento que requiere especial control y seguimiento>	<Mecanismo de control y seguimiento: descripción de la actividad o herramienta>	<Cargo del Responsable del seguimiento y el control>	<Cada cuanto se controla la actividad>	<Cargo de la persona responsable de controlar la actividad>

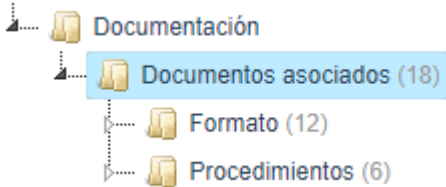
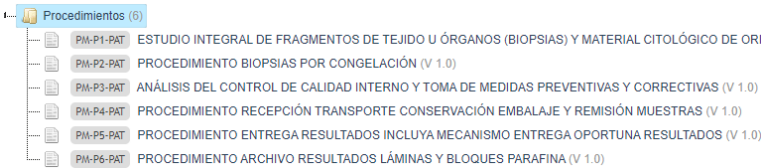
8. Anexos: Se listan los formatos y documentos institucionales con los respectivos códigos, que se articulan en el procedimiento. Puede presentar listado de anexos particulares como gráficos, tablas, tipos de planillas de registros, flujogramas, entre otros; los cuales se deben enumerar de manera secuencial. Para lo cual se crean plantillas de habladores, infografías, videos.






<p>9. Bibliografía: Fuente de información.</p> <p>Control cambios: Se deben relacionar los cambios realizados al documento:</p>																							
<table><tr><th>Versión</th><th>Fecha (Día/mes/año)</th><th>Descripción</th><th>Puntos de cambio</th></tr><tr><td><Número consecutivo que se asigna cada que se realice una modificación al documento ></td><td><Fecha de vigencia del documento></td><td><Descripción del cambio realizado (creación, modificación o anulación)>.</td><td><Registre No aplica si el documento fue creado, para el caso de modificación describa la especificación del cambio></td></tr></table>				Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio	<Número consecutivo que se asigna cada que se realice una modificación al documento >	<Fecha de vigencia del documento>	<Descripción del cambio realizado (creación, modificación o anulación)>.	<Registre No aplica si el documento fue creado, para el caso de modificación describa la especificación del cambio>												
Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio																				
<Número consecutivo que se asigna cada que se realice una modificación al documento >	<Fecha de vigencia del documento>	<Descripción del cambio realizado (creación, modificación o anulación)>.	<Registre No aplica si el documento fue creado, para el caso de modificación describa la especificación del cambio>																				
<p>Se inicia con versión 0, excepto para los de JCI que inician con 1. Cuando es una versión inicial del documento se registra la palabra no aplica, si es un ajuste o actualización se registra el detalle de los que se modifica de manera concisa y entendible para el lector.</p> <p>CUADRO DE APROBACION: contiene la información de quien elabora o redacta, revisa y aprueba el documento y en cada uno de estos se describe la fecha (día/mes/año), el cargo, nombre y firma.</p>																							
<table><tr><td></td><td>ELABORÓ O REDACTÓ</td><td>REVISÓ</td><td>APROBÓ</td></tr><tr><td>FECHA (Día/mes/año)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>CARGO</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NOMBRE</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>FIRMA</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					ELABORÓ O REDACTÓ	REVISÓ	APROBÓ	FECHA (Día/mes/año)				CARGO				NOMBRE				FIRMA			
	ELABORÓ O REDACTÓ	REVISÓ	APROBÓ																				
FECHA (Día/mes/año)																							
CARGO																							
NOMBRE																							
FIRMA																							
<p>Todo empleado nuevo que ingrese al COA debe firmar como aceptación de uso de firma digital el formato PE-F46-GCA AUTORIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL.</p> <p>PIE DE PÁGINA: en el pie de página se encuentra la numeración del documento el código, la versión, vigencia y la indicación de copia controlada o no controlada.</p> <p>La copia controlada indica que es un documento de único uso institucional al cual garantizamos el control, si por el contrario es cargado en una página web o emitido a un tercero es copia no controlada.</p>																							
Revisar, Aprobar y Divulgar los documentos	En el Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. la revisión de los documentos se realiza por las administradoras del SIG, quienes se encargan de verificar que el documento cumpla con los criterios definidos en el presente procedimiento.		Director de calidad, Coordinador de seguridad y																				

<p>del Sistema Integrado de Gestión (SIG)</p>	<p>La aprobación de los documentos del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. está a cargo de las direcciones/coordinaciones, jefe inmediato o el Gerente General. Si quien elabora es un director debe aprobar otro director o par académico.</p> <p>Difusión, es la divulgación de la información y se socializa por ALMERA. Todo formato integrado en los sistemas integrados de gestión debe estar articulado con algún tipo de documento de gestión con el fin de garantizar su control. Ver infografía PE-INF6-GCA PIRÁMIDE DOCUMENTAL.</p> <p>El encargado de la etapa de evaluación de conocimiento de los documentos es el director/coordinador de área programa o servicio. En cada área o servicio se encuentra en la subcarpeta REGISTROS una carpeta llamada SOCIALIZACIONES que confieren a las evidencias emitidas vía correo electrónico u otras establecidas por el área o servicio, también a través de 360 se guardan evidencias en forms, ALMERA o OneDrive institucional.</p> <p>A través del aplicativo ALMERA se cuenta con el flujograma de elaboración, revisión y aprobación documental una vez todos los documentos sean finiquitados y cargados en dicha plataforma, se disponen para la consulta de todo el personal con su respectivo usuario y contraseña. También se cuenta con video explicativo de ingreso a la plataforma y para la consulta de las plantillas.</p> <p>El enlace para ingresar a ALMERA es: https://sgi.almeraim.com/sgi/?conid=sgicoa</p> <p>Ver video PE-VID4-GCA COMO INGRESAR AL APLICATIVO ALMERA e infografía PE-INF3-GCA COMO ACCEDER A ALMERA</p>	<p>salud en el trabajo, Enfermero de implementación</p>
<p>Realizar distribución de los documentos del Sistema Integrado de Gestión (SIG)</p>	<p>Para la entrega de documentos nuevos o modificados, se notifica por ALMERA y/o se deja acta de reunión en ALMERA.</p> <p>Todo documento con copia del original integrado en el SIG, sobre el cual existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen están identificados con el pie de página "COPIA CONTROLADA". Todo documento original en medio físico o magnético entregado a un tercero con fines de información están identificados con el pie de página "COPIA NO CONTROLADA", sobre estas no hay responsabilidad de actualización.</p> <p>Al ingreso del personal se les da a conocer las actividades que confieren a su competencia por parte del director/coordinador del área-servicio o su delegado.</p> <p>Para permitir el fácil acceso del personal a los documentos del Sistema Integrado de Gestión, este se convierten de manera automática en PDF.</p>	<p>Directora de calidad y/o Coordinadora de seguridad y salud en el trabajo</p>

	<p>Los formatos se pueden descargar en ALMERA por el empleado que lo requiere para edición y sin firmas, sin embargo; también se encuentran en PDF con firmas para garantizar que su contenido original no se modifique.</p> <p>ALMERA permite el control de distribución de documentos, debido a que los únicos permisos del aplicativo son descargar el documento para lectura en PDF y los únicos que permite imprimir en caso de ser necesario para el diligenciamiento son los formatos.</p>	
Realizar préstamo de documentos	<p>Cuando el personal del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S, requiera de la revisión o consulta de los documentos almacenados en carpetas tales como batch récord, debe diligenciar el QR de ALMERA para dejar evidencia de soporte de gestión de entrega. Para ingresar usted debe</p>  <p>Solo en caso de contingencia se diligencia el formato PE-F8-GCA DISTRIBUCIÓN Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS.</p>	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Crear, modificar o eliminar los documentos del sistema de gestión.	<p>Cualquier empleado del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S, puede solicitar la creación, modificación, eliminación o anulación de un documento perteneciente a su macroproceso, proceso o subproceso. Para esta actividad hace la solicitud a través de correo electrónico que soporte solicitud o a través del diligenciamiento del formato PE-F3-GCA ACTUALIZACION DE DOCUMENTOS para director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo, quienes analizan el cambio sugerido o el nuevo documento solicitado con el responsable del proceso para determinar su aceptación o rechazo.</p> <p>Una vez aprobado la modificación o el nuevo documento se actualiza por parte del solicitante para garantizar la correcta elaboración y revisión del documento antes de su emisión y director de calidad, Coordinador de seguridad y salud en el trabajo o Coordinador de área-servicio o su delegado proceden a socializarlo vía correo electrónico o por cualquier otro medio institucional con copia al personal implicado para integrarlo en el listado maestro de ALMERA por aprendiz de calidad.</p>	Director de calidad, Coordinador de seguridad y salud en el trabajo, Coordinadores de procesos Aprendiz de calidad

	<p>En caso de no ser aprobada, se comunica al empleado solicitante, a través de ALMERA, el motivo del porque fue rechazada la petición.</p> <p>Ver instructivos</p> <p>PE-I19-GCA COMO_REALIZAR_SOLICITUD_CREACIÓN_DOCUMENTO_ALMERA</p> <p>PE-I18-GCA COMO_REALIZAR_SOLICITUD_MODIFICACIÓN_DOCUMENTO_ALMERA</p> <p>PE-I20-GCA COMO_ELABORAR_LISTADO_MAESTRO_ALMERA</p>	
Identificar los cambios, número de versión y revisión	<p>La identificación del cambio les facilita a las personas asimilar visualmente la modificación o actualización que hubo en dicho documento. Esta identificación se realiza por medio del control de cambios establecido en cada documento, en el cual se debe registrar la versión del documento, la fecha (día/mes/año), el motivo de cambio y los puntos que fueron modificados.</p> <p>La identificación de los cambios también se realiza por medio de la versión en la cual se encuentre el documento. Cuando se genere un cambio dicha versión se debe actualizar en el documento modificado y en el listado maestro de documentos en ALMERA.</p> <p>Se puede hacer revisión de un documento sin cambio de versión, siempre y cuando este no haya sido divulgado.</p> <p>La mejora continua del sistema integrado de gestión implica sobre todo al principio, multitud de cambios en el sistema. Por ello es necesario revisar los documentos y comprobar que siguen reflejando lo que ocurre en la organización. El Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. revisa cada tres (3) años los documentos que confieren al SIG, salvo que haya un cambio normativo o operativo que amerite un ajuste antes del tiempo estipulado. ALMERA realiza recordatorio a los 3 años del vencimiento del documento para la actualización del responsable.</p>	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Describir control de documentos Obsoletos	<p>El Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. maneja únicamente la última versión de los documentos obsoletos cuando se manejaban en SIG, ALMERA conserva a partir del primer cargue masivo o uno a uno de los documentos todas las versiones obsoletas de manera automática</p> <p>Para asegurar que nadie utiliza versiones obsoletas ALMERA siempre tiene disponible en el mapa de procesos la versión vigente, las obsoletas automáticamente quedan en estado no publicadas.</p> <p>Ver instructivo PE-I23-GCA COMO_IDENTIFICAR_LOS_DOCUMENTOS_OBSOLETOS_EN_ALMERA_Cargado_ALMERA</p>	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo

Llevar control de Documentos Externos	Los documentos legales y normatividad aplicable son controlados por medio del formato PE-F24-GSST MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES . El Coordinador de cada proceso es responsable de identificar y cargar en ALMERA, los documentos de origen externo necesarios para la prestación del servicio.	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Garantizar seguridad y Control de los Documentos	<p>Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo son las encargados de garantizar la disponibilidad de la información del Sistema Integrado de Gestión, para tal fin, el área de sistemas liderado por Dirección infraestructura es quien garantiza el back up de los documentos del Sistema con el propósito de restaurar la información en caso de presentarse alguna falla. (Ver manual PA-M1-GTI GESTION DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES).</p> <p>Para la protección de los documentos integrados en el Sistema Integrado de Gestión (SIG) todos se protegen por ALMERA sin que permita al momento de la consulta la edición.</p> <p>Para el caso de los formatos, se les integra la firma digital y se guarda en PDF. También se carga en ALMERA el editable para el personal que lo necesite.</p> <p>Para el aplicativo ALMERA la protección de los mismos es automática es decir la última versión de los documentos se cargan en Word, pero al momento de algún usuario requerir el documento le permite la consulta en el aplicativo, para ello se debe ingresar con su respectivo usuario y contraseña, posteriormente ir al mapa de procesos, dar clic en el macroproceso, proceso o subproceso que desea consultar la documentación SIG:</p>  <p>Dar clic en el tipo de documento que desea consultar sea formato, procedimientos, manuales, entre otros:</p>  <p>Dar clic en el documento específico a fin de visualizar la ficha técnica del documento que posteriormente generará el listado maestro de manera automática:</p>	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo

	<table><tr><th colspan="2">Ficha técnica</th></tr><tr><td>Código</td><td>PM-P1-PAT</td></tr><tr><td>Origen</td><td>Interno</td></tr><tr><td>Emisor</td><td>COA</td></tr><tr><td>Clase</td><td>Procedimientos</td></tr><tr><td>Fecha</td><td>2022-11-22</td></tr><tr><td>Archivos (1)</td><td><div>PM-P1-PAT ESTUDIO INTEGRAL FRAGMENTOS TEJIDO ORGANOS Y MATERIAL CITOLÓGICO Protegido.docx 968.82 KB</div></td></tr><tr><td>Estado</td><td>Vigente: 1.0</td></tr><tr><td>Almacenamiento</td><td>Magnético</td></tr><tr><td>Protección</td><td>Este documento está protegido contra modificaciones involuntarias y tiene contraseña, es un documento de solo lectura, el cual no se permite editar. Si requiere actualización del documento, emita solicitud a los correos liliana.mesa@quironsalud.com y monica.montoya@quironsalud.com</td></tr><tr><td>Ubicación</td><td>\\10.1.0.10\sig\SERVICIO_PATOLOGÍA\PROCEDIMIENTOS</td></tr><tr><td>Tiempo de retención</td><td>Este documento es permanente, salvo que el líder del proceso solicite justificación de eliminación del documento. Si requiere eliminación del documento, emita solicitud a los correos liliana.mesa@quironsalud.com. y monica.montoya@quironsalud.com</td></tr><tr><td>Disposición</td><td>PROCEDIMIENTOS\11.1_PM-P1-PAT ESTUDIO_INTEGRAL_FRAGMENTOS_TEJIDO_ORGANOS_Y_MATERIAL_CITOLÓGICO_PDF.pdf</td></tr><tr><td>Evidencia socialización</td><td>REGISTROS\SOCIALIZACIONES\2_Documentos_Patología_07.02.2023.pdf</td></tr></table> <p>Finalmente, el personal le da clic en el archivo o documento para generarlo y le aparece para su lectura en PDF.</p>	Ficha técnica		Código	PM-P1-PAT	Origen	Interno	Emisor	COA	Clase	Procedimientos	Fecha	2022-11-22	Archivos (1)	<div>PM-P1-PAT ESTUDIO INTEGRAL FRAGMENTOS TEJIDO ORGANOS Y MATERIAL CITOLÓGICO Protegido.docx 968.82 KB</div>	Estado	Vigente: 1.0	Almacenamiento	Magnético	Protección	Este documento está protegido contra modificaciones involuntarias y tiene contraseña, es un documento de solo lectura, el cual no se permite editar. Si requiere actualización del documento, emita solicitud a los correos liliana.mesa@quironsalud.com y monica.montoya@quironsalud.com	Ubicación	\\10.1.0.10\sig\SERVICIO_PATOLOGÍA\PROCEDIMIENTOS	Tiempo de retención	Este documento es permanente, salvo que el líder del proceso solicite justificación de eliminación del documento. Si requiere eliminación del documento, emita solicitud a los correos liliana.mesa@quironsalud.com. y monica.montoya@quironsalud.com	Disposición	PROCEDIMIENTOS\11.1_PM-P1-PAT ESTUDIO_INTEGRAL_FRAGMENTOS_TEJIDO_ORGANOS_Y_MATERIAL_CITOLÓGICO_PDF.pdf	Evidencia socialización	REGISTROS\SOCIALIZACIONES\2_Documentos_Patología_07.02.2023.pdf	
Ficha técnica																														
Código	PM-P1-PAT																													
Origen	Interno																													
Emisor	COA																													
Clase	Procedimientos																													
Fecha	2022-11-22																													
Archivos (1)	<div>PM-P1-PAT ESTUDIO INTEGRAL FRAGMENTOS TEJIDO ORGANOS Y MATERIAL CITOLÓGICO Protegido.docx 968.82 KB</div>																													
Estado	Vigente: 1.0																													
Almacenamiento	Magnético																													
Protección	Este documento está protegido contra modificaciones involuntarias y tiene contraseña, es un documento de solo lectura, el cual no se permite editar. Si requiere actualización del documento, emita solicitud a los correos liliana.mesa@quironsalud.com y monica.montoya@quironsalud.com																													
Ubicación	\\10.1.0.10\sig\SERVICIO_PATOLOGÍA\PROCEDIMIENTOS																													
Tiempo de retención	Este documento es permanente, salvo que el líder del proceso solicite justificación de eliminación del documento. Si requiere eliminación del documento, emita solicitud a los correos liliana.mesa@quironsalud.com. y monica.montoya@quironsalud.com																													
Disposición	PROCEDIMIENTOS\11.1_PM-P1-PAT ESTUDIO_INTEGRAL_FRAGMENTOS_TEJIDO_ORGANOS_Y_MATERIAL_CITOLÓGICO_PDF.pdf																													
Evidencia socialización	REGISTROS\SOCIALIZACIONES\2_Documentos_Patología_07.02.2023.pdf																													
Control de términos y definiciones y puntos de control	<p>Los sistemas integrados de gestión llevan el listado de siglas en ALMERA:</p> <div> Calidad</div> <div> Términos & Definiciones</div> <p>Para los puntos de control se lleva el registro en cada documento de gestión, el cual es un insumo para las actividades a preguntar en los procesos de verificación. PE-F2-GCA TÉRMINOS Y DEFINICIONES.</p>	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo																												
Cambios de código	<p>En el caso de que se requiera actualización de código o reubicación de documentos que generen cambio de código este deberá dejarse registro en el control de cambios de cada documento y diligenciar su control en ALMERA con el fin de dejar registro del histórico del cambio.</p>	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo																												

8. CONTROL DEL DOCUMENTO:

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
Autorizar uso o manejo de firma digital	PE-F17-GCA AUTORIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL Correo electrónico SIG	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que ingrese un nuevo empleado	Director de calidad
Elaborar, revisar, aprobar, divulgar y conocer los documentos del SIG.	ALMERA Correo electrónico. QR Comités Grupos primarios U otros medios institucionales	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que se requiera	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Distribución de los documentos del SIG.	Correo electrónico ALMERA PE-F8-GCA DISTRIBUCIÓN Y PRÉSTAMO DE LOS DOCUMENTOS	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo	Cada que se requiera	Directores/coordinaciones de servicios o áreas
Préstamo de documentos	ALMERA PE-F8-GCA DISTRIBUCIÓN Y PRÉSTAMO DE LOS DOCUMENTOS.	Todo el personal	Cada que se requiera	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Crear, modificar o eliminar los documentos del SIG.	ALMERA PE-F3-GCA ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS.	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que se requiera	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Identificar los cambios, número de versión y revisión	ALMERA PE-F9-GCA LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que se requiera	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Control de documentos externos	ALMERA	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que se requiera	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
Mostrar trazabilidad de las etapas de elaboración, revisión y aprobación de documentos	ALMERA	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que se requiera	Director de calidad y/o Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
Facilitar diferentes mecanismos de aprendizaje al personal para la adherencia	PE-INF1-GCA BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS EN ALMERA. PE-INF2-GCA BÚSQUEDA GPC EN ALMERA. PE-INF3-GCA CÓMO ACCEDER A ALMERA. PE-INF4-GCA DESCARGAR PLANTILLAS EN ALMERA. PE-INF6-GCA PIRÁMIDE DOCUMENTAL. PE-INF7-GCA FLUJOGRAMA CONTROL DE CAMBIOS EN ALMERA. PE-INF8-GCA FLUJOGRAMA PLANES DE MEJORA O PUNTOS DE ATENCIÓN EN ALMERA. PE-INF9-GCA CÓMO REPORTAR SERVICIO NO CONFORME. PE-INF10-GCA CÓMO GARANTIZAR BPD.	Directores/coordinaciones de servicios o áreas	Cada que se requiera	Director de calidad

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
	PE-VID1-GCA CONSULTA DESCARGA DE PLANTILLAS INSTITUCIONALES. PE-VID2-GCA CONSULTA MAPA DE PROCESOS INTERACTIVO PE-VID3-GCA DOCUMENTOS SERVICIO FARMACÉUTICO ALMERA PE-VID4-GCA CÓMO INGRESAR AL APLICATIVO ALMERA Rondas de seguridad Correo electrónico Forms Presencial Teams			
Disponer de formatos de contingencia en caso de fallo de ALMERA	PE-F1-GCA ACTA_REUNIÓN PE-F2-GCA TÉRMINOS_Y_DEFINI CIONES PE-F3-GCA ACTUALIZACIÓN_DO CUMENTOS PE-F4-GCA CRONOGRAMA PE-F5-GCA MATRIZ DE CONTROL DE DOCUMENTOS PE-F7-GCA PLAN_MEJORA PE-F8-GCA DISTRIBUCIÓN Y	Director de calidad	Cuando aplique	Director infraestructur a

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
	PRESTAMO DE DOCUMENTOS PE-F9-GCA LISTADO_MAESTRO_DOCUMENTOS PE-F10-GCA PROGRAMACIÓN_INTERVENTORÍA_AUDITORIAS_INTERNAS_Y_EXTERNAS_E_INSPECCIONES PE-F12-GCA LISTA_VERIFICACIÓN PE-F13-GCA INFORME_AUDITORIA PE-F14-GCA EVALUACIÓN_CALIFICACIÓN_Y_SEGUIMIENTO_AUDITORES_INTERNOS PE-F17-GCA AUTORIZACIÓN_FIRMA_DIGITAL			

9. ANEXOS:

Política

PE-PL1-GSST POLÍTICA INTEGRADA DE GESTIÓN.

Formatos:

- PE-F1-GCA ACTA_REUNIÓN
- PE-F2-GCA TÉRMINOS_Y_DEFINICIONES
- PE-F3-GCA ACTUALIZACIÓN_DOCUMENTOS
- PE-F4-GCA CRONOGRAMA
- PE-F5-GCA MATRIZ DE CONTROL DE DOCUMENTOS
- PE-F7-GCA PLAN_MEJORA
- PE-F8-GCA DISTRIBUCIÓN Y PRESTAMO DE DOCUMENTOS
- PE-F9-GCA LISTADO_MAESTRO_DOCUMENTOS

PE-F10-GCA	PROGRAMACIÓN	INTERVENTORÍA	AUDITORIAS
INTERNAS_Y_EXTERNAS_E_INSPECCIONES			
PE-F12-GCA LISTA_VERIFICACIÓN			
PE-F13-GCA INFORME_AUDITORIA			
PE-F14-GCA EVALUACIÓN_CALIFICACIÓN_Y_SEGUIMIENTO_AUDITORES_INTERNOS			
PE-F17-GCA AUTORIZACIÓN_FIRMA_DIGITAL			
PE-F24-GSST MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES.			

Procedimientos:

PE-P6-GCA GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS ANÁLISIS D EMODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS_AMFE.

Manual:

PA-M1-GTI GESTION DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.

Instructivos:

PE-I2-GCA INGRESO AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION.

PE-I4-GCA COMO_CONSULTAR_ACCESO_PLANTILLAS_INSTITUCIONALES_ALMERA.

Infografías:

PE-INF1-GCA BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS EN ALMERA.

PE-INF2-GCA BÚSQUEDA GPC EN ALMERA.

PE-INF3-GCA CÓMO ACCEDER A ALMERA.

PE-INF4-GCA DESCARGAR PLANTILLAS EN ALMERA.

PE-INF6-GCA PIRÁMIDE DOCUMENTAL.

PE-INF7-GCA FLUJOGRAMA CONTROL DE CAMBIOS EN ALMERA.

PE-INF8-GCA FLUJOGRAMA PLANES DE MEJORA O PUNTOS DE ATENCIÓN EN ALMERA.

PE-INF9-GCA CÓMO REPORTAR SERVICIO NO CONFORME.

PE-INF10-GCA CÓMO GARANTIZAR BPD.

Videos:

PE-VID1-GCA CONSULTA DESCARGA DE PLANTILLAS INSTITUCIONALES.

PE-VID2-GCA CONSULTA MAPA DE PROCESOS INTERACTIVO


PE-VID3-GCA DOCUMENTOS SERVICIO FARMACÉUTICO ALMERA



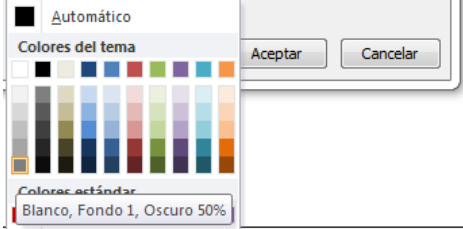
PE-VID4-GCA CÓMO INGRESAR AL APLICATIVO ALMERA

10. BIBLIOGRAFÍA

No aplica.

CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
00	19/09/2011	Creación del procedimiento	No aplica
01	13/09/2013	Ajuste del procedimiento	Punto 7. Procedimiento.
02	11/09/2015	Ajuste del procedimiento	Punto 7. Procedimiento.
03	13/03/2017	Ajuste del procedimiento	Se adecua todo el documento con la integralidad de actividades como Sistema Integrado de Gestión frente los subsistemas de Gestión calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo. Punto 7. Procedimiento. Se reemplaza la frase Sistema de Gestión Calidad por Sistema Integrado de Gestión.
04	24/04/2017	Ajuste del procedimiento	Se integra las recomendaciones dadas por Asesor externo en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) frente la explicación de vigencia de los documentos y conceptos de copia controlada y no controlada. Se ajusta con base en plantilla institucional “procedimiento” socializado el 19/04/2017 el cual contiene el cambio de marca de logo COA S.A. y marca de agua donde se describe “Copia controlada COA S.A.” pasa de color anaranjado-Énfasis 6-Claro 60% a color Blanco-Fondo 1-Oscuro 50%, dicho cambio de marca fue realizado por la entidad contratada MANTRA. LOGO ANTERIOR 

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			<p>LOGO ACTUAL</p>  <p>COLOR MARCA DE AGUA ANTERIOR</p>  <p>COLOR MARCA DE AGUA ACTUAL</p>  <p>Punto 10. Anexos. Se integran los anexos que confieren a las plantillas o documentos institucionales y la pirámide documental. Se elimina el formato PA-F2-GCA ACTA DE APROBACION.</p>
05	26/05/2017	Ajuste del procedimiento	<p>Punto 7. Procedimiento. Se integra las evidencias de las socializaciones se encuentran en la siguiente ruta: \\servercoa\SGCC\GESTION CALIDAD\REGISTROS\SOCIALIZACIONES, también se encuentra en el registro listado maestro de documentos con la respectiva fecha en formato día/mes/año e hipervínculo.</p>

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			<p>Se integra la protección de los documentos integrados en el Sistema Integrado de Gestión (SIG) Microsoft Office permite de modo muy sencillo la protección de los documentos que se generen; en el menú “Archivo”, seleccionamos la opción “Guardar como”, y allí en “Herramientas” tendremos las opciones de introducir contraseña para su apertura o modificación.</p> <p>Además, existe la opción de guardar el documento como de “Solo lectura”, de modo que cualquier usuario pueda abrirlo, pero no editarlo.</p>
06	30/10/2018	Ajuste del procedimiento.	<p>Punto 6. DESCRIPCIÓN. Se integra la actividad de lo exigido en el Sistema Único de Habilitación (SUH) en TODOS LOS SERVICIOS/Estándar: Procesos prioritarios/Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.</p> <p>Punto 7. PROCEDIMIENTO.</p> <p>Se modifica la palabra “Líder de área o servicio” por “Coordinador de área o servicio”.</p> <p>Se integra el encargado de la etapa de socialización o difusión de los documentos vía correo electrónico son las administradoras del SIG Coordinadora de seguridad y salud en el trabajo o Directora de calidad. El encargado de la etapa de evaluación de los documentos es el Coordinador de área o servicio con previo acuerdo con la Directora administrativa para definir si se realiza capacitación presencial o de manera virtual.</p>

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			<p>Se elimina la descripción “en el archivo administrativo ubicado en la oficina de calidad y de seguridad y salud en el trabajo”, ya que no se cuenta actualmente con dicha área.</p> <p>Se cambia en la actividad de obsoleto “No manejo de obsoletos” por “Guardar la última versión”.</p> <p>Se modifica la actividad de correspondencia la cual ya se encuentra articulada en el software SION.</p> <p>Punto 8. CONTROL DEL PROCEDIMIENTO.</p> <p>Se integra la actividad de autorización de firma digital.</p> <p>Punto 10. ANEXOS.</p> <p>Se integra el ANEXO 6. DOCUMENTO MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.</p> <p>Se integra el formato PA-F45-GCA ACTA DE APROBACIÓN que permita tener la trazabilidad de cada una de las etapas de elaboración, revisión y aprobación.</p> <p>Se integra el formato PA-F46-GCA AUTORIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL.</p> <p>Se articula el formato PA-F5-GCA MATRIZ DE CONTROL DE DOCUMENTOS.</p> <p>Se integra el manual PA-M1-GTI GESTION DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.</p> <p>Se elimina el instructivo PA-I1-GCA CONTROL CORRESPONDENCIA.</p>

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			Se elimina el procedimiento PA-P3-GIC SISTEMAS). Se elimina el formato PA-F15-GCA CONTROL DE CORRESPONDENCIA.
07	03/02/2021	Ajuste del documento.	<p>Punto 6. DESCRIPCION.</p> <p>Se integra la definición de información documentada.</p> <p>Se integra nueva versión de BrandBook COA 2021.</p> <p>Se integran rutas SIG para la nueva versión de plantillas institucionales y se eliminan de ANEXOS.</p> <p>LOGO ANTERIOR</p>  <p>LOGO ACTUAL</p>  <p>Punto REQUISITOS GENERALES:</p> <p>Se elimina la Resolución 2003 de 2014.</p> <p>Se elimina el Decreto 1011 de 2006.</p> <p>Se integra la Resolución 3100 de 2019.</p> <p>Se integra el Decreto 780 de 2016.</p> <p>Punto 4. DEFINICIONES.</p> <p>Se integra INFORMACIÓN DOCUMENTADA.</p>
8	27/09/2023	Ajuste de documento.	Actualización en plantilla institucional con base el manual de identidad COA-Quirónsalud y requisitos de habilitación. Se realiza nueva codificación de acuerdo al mapa de procesos PA-P1-GCA a PE-P1-GCA.

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			Se incluye la actualización de formatos con la nueva codificación Se incluye la codificación del listado maestro de subprocesos.
9	13/11/2024	Ajuste de documento.	Se integran instructivos, infografías, videos y se integra las actividades que confieren al aplicativo ALMERA.
10	06/12/2024	Ajuste de documento.	Se modifica el nombre del formato PE-F2-GCA LISTA DE SIGLAS por TÉRMINOS_Y_DEFINICIONES. Se elimina el formato PE-F45-GCA ACTA DE APROBACIÓN. Se elimina el formato PA-F2-GH LISTA DE ASISTENCIA del documento. Se elimina el código PE-F46-GCA AUTORIZACIÓN DE FIRMA DIGITAL y se crea PE-F17-GCA AUTORIZACIÓN_FIRMA_DIGITAL. Se modifica el nombre de la política PE-PL1-GSST CALIDAD SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO por PE-PL1-GSST POLÍTICA INTEGRADA DE GESTIÓN ya que se incluye gestión ambiental. Se elimina en PUNTO 6. DESCRIPCIÓN: La protección de documentos en SIG ya que emigraron al aplicativo ALMERA.
11	19/12/2024	Ajuste de documento.	Se integra Se define para el control de cambios de proyectos de mejoras integrar el ciclo PHVA de los cambios con el fin de mediar con grupo multidisciplinario las afectaciones, costo, entre otros.

CUADRO DE APROBACIÓN:

	ELABORÓ O REDACTÓ	REVISÓ	APROBÓ
FECHA (Día/mes/año)	18/12/2024	19/12/2024	19/12/2024
CARGO	Director de calidad	Director de calidad	Coordinadora de SST
NOMBRE	Liliana María Mesa Flórez	Liliana María Mesa Flórez	Jessica Cano Acevedo
FIRMA			