

MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ



Elaboró

Elkin Idárraga

Profesional de auditoria partcipe del sindicato Admisalud

Revisó

Olga Erazo

Referente Seguridad del paciente

Paola Andrea Vega

Enfermera Especialista Gr I con funciones de Coordinadora de
Aseguramiento de la Calidad

Oscar Fernando Rosero Vargas

Subgerente Científico

Aprobó

Cesar Edmundo Sarria Porras
Gerente

POPAYAN 2023

Handwritten initials or signature in the bottom right corner.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 2 de
15**

TABLA DE CONTENIDO

1.		
1.	INTRODUCCION	3
2.	OBJETIVO.....	4
3.	ALCANCE	4
4.	RESPONSABLE	4
5.	NORMATIVIDAD.....	4
6.	DEFINICIONES.....	5
7.	GENERALIDADES Y DESARROLLO	8
8.	CONTROL DE CAMBIOS.....	15

ee
Q4



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 3 de
15**

1. INTRODUCCION

Este procedimiento está diseñado para minimizar los riesgos clínicos de todos los pacientes que acceden al hospital universitario san José de Popayán,

Al llegar una persona enferma a un centro sanitario es necesario identificar y gestionar los riesgos que tiene durante la atención. Tiene riesgo clínico, asistencial, y hospitalario. En el hospital se gestionan dichos riesgos.

El riesgo clínico se gestiona desde que se tiene la impresión diagnóstica de su patología, para lo cual se dispone de las rutas integrales de atención o RIAS, guías de diagnóstico y manejo, con sus respectivas vías clínicas. Todo lo anterior aporta a la gestión permitiendo obtener el mejor resultado clínico. La aplicación de la ruta integral, la guía con la respectiva vía clínica, permiten resolver la situación clínica del paciente de manera oportuna y pertinente, evitando conductas o diagnósticos tardíos o erróneos, logrando una atención clínica efectiva, y eficiente.

El riesgo asistencial se gestiona una vez identificado el riesgo que tiene el paciente desde la identificación correcta, la comunicación efectiva, el uso de medicamentos, la realización de procedimientos o cirugías, la prevención de infecciones, la prevención de caídas, y de lesiones de piel. Una vez identificado el riesgo, se implementan las barreras de seguridad permitiendo que no se presente el evento adverso.

El riesgo hospitalario se gestiona, cuando se capacita tanto al colaborador como a los pacientes y acudientes en el buen actuar ante situaciones que afectan la seguridad hospitalaria como los eventos tipo sismos, incendios, inundaciones entre otros.

La gestión del riesgo requiere de la articulación de los procesos de direccionamiento estratégico, los procesos misionales y de apoyo.

Este procedimiento tiene como objetivo gestionar el riesgo clínico, el riesgo individual, el riesgo del paciente asociado a su patología. El procedimiento busca gestionar de forma coordinada, articulada las diferentes actividades requeridas para una atención oportuna, pertinente, permitiendo la resolución del cuadro patológico.

88
UN



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPOYAN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 4 de
15**

2. OBJETIVO

Gestionar el riesgo clínico, el riesgo individual del paciente según su cuadro patológico, a través del cumplimiento de las rutas integrales de atención, las guías de diagnóstico y manejo con las respectivas vías clínicas.

3. ALCANCE

Desde: El ingreso del paciente al hospital, siguiendo la ruta integral de atención, durante el ciclo de atención, desde el acceso.

Hasta: Hasta terminar el ciclo de atención, con el egreso o remisión del paciente si aplica, promoviendo la continuación de la ruta integral de atención dentro del sistema de salud.

4. RESPONSABLE

Todo el personal de los procesos misionales y de apoyo en el hospital.

5. NORMATIVIDAD

La Ley 1438 de 2011 Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, artículos 24° y 111°.

Decreto 1011 de 2006. "Sistema obligatorio de Garantía de Calidad"

Decreto 2323 de 2006. Ministerio de la Protección Social. "Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 09 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones".

Decreto 3518 de 2006. Ministerio de Protección Social. "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública..." •

Resolución 1445 de 2006. "Por la cual se definen las funciones de Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones".

Handwritten signature or initials.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PODIWAN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 5 de
15**

Resolución 123 de 2012 "Por la cual se modifica el artículo 2° de la resolución 1445 de 2006"

Resolución 5596 de 2015 "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

Resolución 3280 de 2018 "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación"

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".

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Descriptores Acreditación. Grupo de Estándares de Direccionamiento. Estándar 76 criterios El enfoque y la gestión de riesgo.

6. DEFINICIONES

Atención de salud: la atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Calidad: conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Riesgo: probabilidad que un efecto indeseado ocurra durante la atención bajo condiciones determinadas.

Administración del riesgo: Conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten evaluar aquellos riesgos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos.

85
14



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PUERTO RICO

MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

Página 6 de
15

Análisis de riesgo: elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad del hospital para su aceptación y manejo. Se lleva a cabo realizando de manera sistemática la información disponible determinando la potencial frecuencia de los eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias.

Control: Actividad realizada por los integrantes del hospital sobre características o situaciones críticas o irregulares identificadas en la atención del paciente.

Control de la calidad: parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad

Corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Efecto indeseado: acontecimiento sufrido por un paciente, como consecuencia negativa derivada de la atención.

Eficacia: capacidad de lograr un resultado en cuestión (aunque no sea el correcto) refiriéndose al **qué** se logra.

Eficiencia: capacidad de lograr el resultado en cuestión con el mínimo de recursos posibles viables, refiriéndose al **cómo** se logra.

Efectividad clínica: Resultado **satisfactorio** obtenido por intervenciones específicas, ante un entorno clínico.

Evento adverso: daño no intencionado al usuario, sucedido durante la atención como paciente.

Incidente: Cualquier circunstancia que suceda en la atención clínica que incorpora fallas en los procesos de atención, aunque no genere daño en el paciente.

Error: acto de falta o descuido en el ejercicio de los profesionales de la salud que favorece al acaecimiento del evento adverso.

Estrategia: conjunto de compromisos y actos integrados hacia el objetivo de conseguir un resultado satisfactorio.

Gestión de la calidad: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Gestión clínica: Conjunto de procesos administrativos y asistenciales, ordenados, articulados y sistemáticos, para la atención adecuada, eficiente, efectiva y oportuna de los pacientes. Ésta gestión se soporta en la mejor evidencia científica y lineamientos de los comités institucionales. En los procesos de atención participa un equipo interdisciplinario con roles y responsabilidades claramente definidas, quienes, con base en la correlación clínico-diagnóstica, toman decisiones colegiadas y ordenan las actuaciones pertinentes, buscando el mejor resultado para el paciente. Las áreas administrativas y de apoyo contribuyen a la gestión clínica al garantizar la suficiencia de recursos, la verificación de derechos y coberturas de los

pacientes y al facilitar los procesos necesarios para brindar la mejor atención posible. De las acciones y decisiones tomadas queda registro en la historia clínica y formatos anexos, incluida la epicrisis, referencia y contrarreferencia, así como el balance y análisis de la efectividad clínica y los avances en la medición de resultados y mejores desenlaces en el paciente.

Gestión del Riesgo Clínico: se define como el conjunto de estrategias que nos llevan a un proceso lógico, sistemático y multidisciplinario que mediante la utilización de políticas y métodos de gestión, permite identificar y controlar la gran cantidad y variedad de situaciones susceptibles de convertirse en problemas; es un componente indispensable que debe aplicarse de manera transversal (horizontal) dado que forma parte de la estructura interna de todo el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.

Gobierno clínico: Hace referencia a la gestión clínica bajo la responsabilidad de los equipos y las organizaciones con el fin de enlazar los diferentes aspectos de la calidad: efectividad clínica, reducción de errores, gestión del riesgo, práctica basada en la evidencia, auditoría de los parámetros que definen la calidad y retroalimentación, formación continuada de los profesionales y participación del paciente.

Grupo de riesgo clínico o comité de gestión clínica: Conjunto de integrantes institucionales definidos por resolución, con la función de identificar el riesgo clínico de manera sistemática, según los datos epidemiológicos de mortalidad y morbilidad del hospital, definiendo la asignación de recursos humanos, tecnológicos y físicos de manera articulada entre los procesos misionales y de apoyo, con el objetivo de lograr los mejores resultados clínicos durante la atención. Definen las vías clínicas en las guías de diagnóstico y manejo de las patologías con mayor riesgo clínico en la institución.

Mejora: actividad implementada para mejorar el desempeño.

Ocurrencia: Hace referencia a la frecuencia con que se presentan los eventos, incidentes, durante la prestación del servicio.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.



Severidad: está asociada con la clasificación de los eventos según su riesgo, su magnitud y trascendencia.

Sistemas de gestión de riesgo clínico: Son estrategias que buscan identificar y analizar riesgos potenciales derivados de los procesos desarrollados en las instituciones hospitalarias, con el fin de elegir e implementar medidas para el manejo y control de éstos.

Auditoria: acción documentada de verificar un sistema, proceso, procedimiento, actividad, equipo, producto, evaluando el cumplimiento efectivo con los resultados esperados tipo fortalezas o definiendo las oportunidades a mejorar.

7. GENERALIDADES Y DESARROLLO

En el hospital se cuenta con el modelo de atención, la política de prestación de los servicios, la política de gestión del riesgo, la cual contiene la seguridad del paciente para gestionar el riesgo asistencial, la seguridad hospitalaria para gestionar el riesgo hospitalario y la gestión clínica la cual evalúa el riesgo individual que tiene el paciente de acuerdo a la patología que padece durante todo el ciclo de atención, desde el acceso hasta el egreso o remisión si aplica, a través de la funcionalidad del comité de gestión clínica.

Este procedimiento menciona la generalidad de las actividades a realizar para gestionar el riesgo clínico favoreciendo resultados de Efectividad clínica como menor mortalidad materna, infantil, y general, mayor cantidad de pacientes con patologías resueltas, con la menor cantidad de reingresos.

El modelo de atención del hospital, incluye el ciclo de atención. En el hospital se identifica con la nemotecnia AREPEES- R, la cual hace relación a:

Acceso

Registro e ingreso

Evaluación de necesidades

Planeación del cuidado y tratamiento

Ejecución de la planeación del cuidado y tratamiento

Evaluación de la ejecución

Salida o Seguimiento

Referencia del paciente si aplica.

ge
Ca



Durante el acceso del paciente a los procesos de urgencias se realiza la gestión clínica de un procedimiento de TRIAGE el cual permite identificar aquellos que requieren atención inmediata, seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución, disminuyendo el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia. Igualmente se brinda una comunicación completa hacia el paciente y su familia permitiendo entender los tiempos de atención o de espera que se proponen, disminuyendo su ansiedad.

En el acceso de los procesos ambulatorios se realiza la gestión clínica de asignación de citas programadas según la capacidad instalada.

En el registro e ingreso :La organización tiene un proceso documentado para informar al paciente y su familia todos los aspectos para su registro y se establece manilla para evitar equivocaciones en la atención, incluyendo información de quien lo va atender, los procedimientos del plan de beneficios a que tiene derecho, lo no del plan de beneficios, si tiene que realizar algún pago sin que ello sea una barrera para su atención, como va a ser su estadía, la seguridad tanto hospitalaria, como de su riesgo para sus patologías, y si se presentaren complicaciones como la institución las resolverá teniendo en cuenta cuanto deberá esperar y a que se debe su retraso, tomando correctivos frente a las desviaciones detectadas.

En la evaluación de necesidades:

La institución tiene definido el alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades de los usuarios por cada servicio de la organización e identifica las necesidades de manera congruente, en cuanto a aspectos culturales como los indígenas, niños, embarazadas, adulto mayor, discapacitados, inmunosuprimidos, pacientes con infecciosas, pacientes con violencia de género, quimioterapia, en cuanto a las necesidades de salud se tiene en cuenta las físicas, psicológicas, necesidades educativas en cuanto a sus patologías, tratamiento y autocuidado y su pronóstico, necesidades socioeconómicas, se documenta en la historia clínica.

En la planeación del cuidado y tratamiento el hospital dispone de guías de diagnóstico y manejo, de las principales causas de morbilidad según datos epidemiológicos de la atención, guías diseñadas bajo la evidencia científica, en consenso profesional. En las patologías de los pacientes donde según la evidencia científica se requiere mayor oportunidad de atención, y de acciones articuladas entre los procesos misionales y de apoyo para obtener el mejor resultado como



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPOYAN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 10 de
15**

efectividad de la gestión clínica, se hace necesario disponer de las vías clínicas. En el hospital el comité de gestión clínica considera implementar las vías como: IMA; ACV, Apendicitis, TEP, Crisis hipertensiva, SEPSIS

En la ejecución del tratamiento se cuenta con tiempos de oportunidad de respuesta o ejecución definidos por el comité de gestión clínica. De esto queda el respectivo registro clínico.

La evaluación de la ejecución, requiere seguimiento trimestral a través de evaluación de los registros clínicos de las actividades ejecutadas, tomando los ajustes necesarios ante las desviaciones encontradas. El método principal para la auditoria de esta actividad se realiza a través de Paciente Trazador, donde se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional. Igualmente, con la adherencia a las guías de diagnóstico y manejo, la oportunidad en las vías de práctica clínica.

La auditoría evalúa el actuar de los equipos interdisciplinarios con roles y responsabilidades claramente definidas, quienes con base en la correlación clínica-diagnostica, toman decisiones colegiadas y ordenan las actuaciones pertinentes, buscando el mejor resultado para el paciente. Además, la auditoria evalúa el actuar de los procesos de apoyo contribuyendo a la gestión clínica cuando se garantiza la suficiencia de recursos, la verificación de derechos y coberturas de los pacientes.

Los resultados obtenidos de la auditoria tipo paciente trazador se analizan sistemáticamente cada tres meses por el comité de gestión clínica, definiendo las fortalezas y las oportunidades de mejora respectivas.

La ejecución de lo establecido en el modelo de atención integral, se evalúa mediante indicadores, de accesibilidad, oportunidad, de pertinencia, de continuidad, de eficacia clínica, de seguridad del paciente y de satisfacción del usuario, de experiencia en la atención, algunos de los indicadores tienen como fuente la Resolución 256 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social ver:

INDICADORES DE SEGURIDAD
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
Proporción de endometritis pos parto vaginal
Proporción de endometritis pos cesárea
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

24



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAVAN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 11 de
15**

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Tasa de úlceras por presión

Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas

Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

Proporción de cancelación de cirugía

Fuente: Resolución 256 de MSPS

INDICADORES DE EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General

Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de catarata

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera.

Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

Proporción de usuarios que recomendaría el Hospital a familiares y amigos

Fuente: Resolución 256 de MSPS

El seguimiento a los indicadores determina cumplimiento e incumplimiento en sus metas, lo que permite identificar oportunidades de mejora que se plasman en planes de acción para mantener estable el modelo de atención.

Salida y seguimiento de los pacientes, Para ello, la organización cuenta con procesos de egreso y de seguimiento posterior, enrutándolos hacia la RIA o ruta integral de atención, después de actuar como prestador complementario.

de
44



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 12 de
15**

En este sentido, asumiendo que los grupos de riesgo poseen características similares, el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. define una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral que permite la gestión integral con la gestión clínica de (5) grupos de riesgo priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención en salud:

1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
2. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
3. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.
4. RIAS para población materno –perinatal.
5. RIAS para población con riesgo o enfermedades huérfanas

Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, julio 25) eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

De esta manera, además de las atenciones para la promoción y mantenimiento de la salud, la RIA define intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; así como educación para la salud potenciando el cuidado, que permita la reducción o mitigación del daño o la recuperación de la salud ante la presencia de un evento.

En lo relacionado con la referencia, para tal efecto, la organización cuenta con procesos generales para definir y aplicar criterios de referencia y condiciones de traslado del paciente, para brindar la información clínica y administrativa al paciente y para que el profesional remitente conozca los resultados y lo registre en la historia clínica. Igualmente, cuenta con procesos específicos para remisión al laboratorio e imágenes diagnósticas, a urgencias, a provisión de medicamentos, a servicios ambulatorios de complejidad superior, a hospitalización y a programas de promoción y prevención. Ver gráfico de la consolidación del modelo de atención del HUSJ y acreditación:

El modelo de atención del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se consolida en un sistema de atención integral que permite la gestión integral con la gestión clínica de (5) grupos de riesgo priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención en salud:

El modelo de atención del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se consolida en un sistema de atención integral que permite la gestión integral con la gestión clínica de (5) grupos de riesgo priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención en salud:

GR
CA



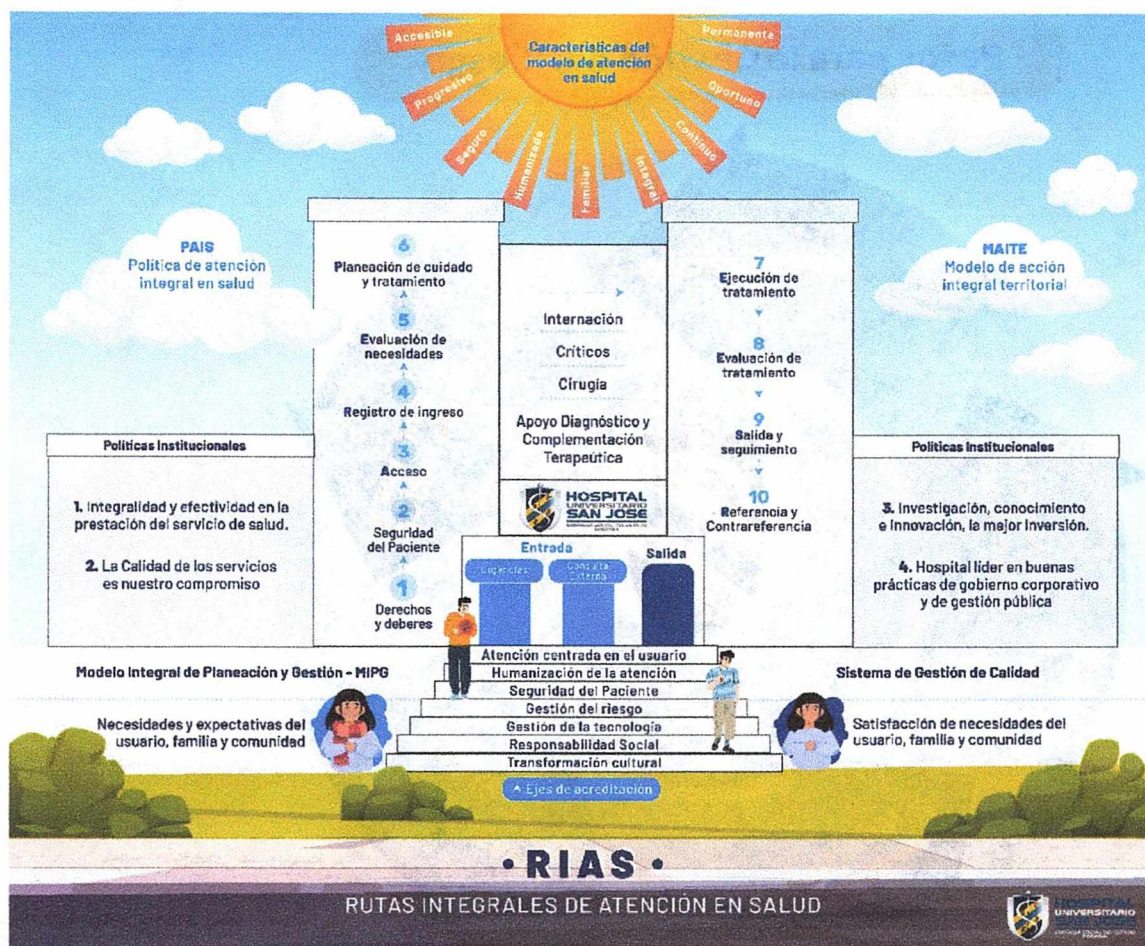
**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPOYÁN

MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ

Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

Página 13 de
15



Fuente: Modelo de atención de prestación de servicios de salud del HUSJ

Con lo mencionado anteriormente se da cumplimiento al ciclo de gestión del riesgo.

de
Cub

Pasos para la Gestión del Riesgo



Fuente: Acreditación del HUSJ

24



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPOYAN

**MANUAL DE GESTION CLINICA Y GESTION DE
RIESGOS CLINICOS EN EL HUSJ**

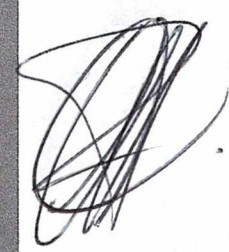
Código: MAN-ACA-07

Versión: 01

**Página 15 de
15**

8. CONTROL DE CAMBIOS

Código	Versión	Fecha	Descripción del Cambio
MAN-ACA-07	1	Octubre 2023	Creación del documento

Elaboró	Elkin Idarraga	Revisó	Oscar Fernando Rosero Vargas Olga Erazo Paola Vega	Aprobó	Cesar Edmundo Sarria Porras
Cargo	Profesional de auditoria participe del sindicato Admisalud	Cargo	• Subgerente Científico • Referente Seguridad del paciente • Enfermera Especialista Gr I con funciones de Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad	Cargo	Gerente
Firma		Firma		Firma	
Fecha		Fecha		Fecha	08 NOV 2023
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre	Hulber Enrique Acosta	Cargo	Profesional Univ. - Afiliado partici- pe Admisalud - Oficina Asesora de Planeación	Firma	