



MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



Elaboró:

JESUS FERNANDO NOGUERA Muñoz

Afiliado Partícipe Assesalud.OC

Profesional Especializado Aseguramiento de la Calidad

Revisó:

EDILSA YASMIN ROSERO YELA

Afiliada Partícipe Assesalud.OC

Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad

Aprobó:

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES

Gerente HUSJ

JUNIO DE 2025



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 2 de 50

Contenido

0. INTRODUCCIÓN	4
1. RESEÑA INSTITUCIONAL	5
1.1.1 Historia	5
1.1.2 Orígenes.....	5
1.1.3. Fundación	5
1.1.4. Transición en la Independencia.....	5
1.1.5. Hospital San José – IV Centenario.....	6
1.1.6. Años 90.....	7
1.1.7. Nuevo Siglo.....	9
1.1.8. Resumen de la reseña histórica	10
1.2 Misión	10
1.3. Visión.....	10
1.4. Valores Institucionales.....	10
1.5. Estructura Organizacional	11
2. OBJETIVO DEL MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	12
3. Definiciones Y Siglas.....	12
4. CONTEXTO	13
4.1. Comprensión de la organización y de su contexto	14
4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	19
4.3. Alcance del sistema de gestión y aplicabilidad	20
4.4. Sistema integrado de gestión y sus procesos	21
5. LIDERAZGO	25
5.1. Liderazgo y compromiso	25
5.2. Política de Gestión de calidad	26
5.2.1 Alcance de la Política de Calidad.	26
5.2.2. Lineamientos.....	27
5.3. Roles, responsabilidades y autoridades	27
6. PLANIFICACIÓN	29
6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades:.....	29
6.2. Objetivos de calidad.....	30
6.3. Planificación de cambios.....	31
7. APOYO.....	33
7.1. Recursos.....	33
7.1.1. Infraestructura y ambiente para la operación de los procesos	34



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CÓRDOBA, PÓRTO RICO

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 3 de 50

7.1.2. Recursos de seguimiento y medición	34
7.2. Competencia.....	35
7.3. Toma de conciencia	36
7.4. Comunicaciones	36
7.5. Información documentada.....	37
8. OPERACIÓN	37
8.1. Planificación y control operacional	37
8.1.1 Sistema de gestión de calidad	37
8.2. Requisitos para los productos y servicios.....	38
8.2.1. Comunicación con el cliente	38
8.2.2. Requisitos para productos de servicios	38
8.2.3. Revisión de los requisitos para productos y servicios	39
8.3. Diseño y desarrollo	39
8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	39
8.5. Producción y provisión del servicio	39
8.6. Identificación y trazabilidad	40
8.7. Control De Las Salidas No Conformes.....	41
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.	41
9.1. Satisfacción del cliente	42
9.1.1. Análisis y evaluación	43
9.2. Auditoría interna.....	43
9.3. Revisión por la dirección.	45
10. Mejora	47

0. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de los servicios de salud es un factor diferenciador ante los usuarios, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y demás organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que garantiza a los prestadores lograr los fines para los cuales existen y principalmente el de contribuir con el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la comunidad.

Esto se logra con un trabajo continuo que involucra todos los niveles de la organización, por lo cual es necesario contar con una carta de navegación que permita la estandarización de los procesos y procedimientos en la estructura definida por la institución para la operación.

Se espera que el manual de calidad del Hospital Universitario San José de Popayán se convierta en una herramienta dinámica de uso diario que contribuya con el logro de altos estándares de calidad y le permitan convertirse en un hospital público de referencia para la región.

Este manual describe las disposiciones adoptadas por el Hospital Universitario San José de Popayán, para cumplir con las políticas, objetivos, requisitos legales y normativas relacionadas con el sistema integrado de gestión de la calidad, así como con el decreto 1011 del 2006 mediante el cual se reglamenta el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en salud

El presente manual está basado en los requisitos establecidos en las normas técnicas colombianas NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO 27001:2022

1. RESEÑA INSTITUCIONAL

1.1.1 Historia

1.1.2 Orígenes

El origen del Hospital Universitario San José de Popayán se sitúa en 1618, en un albergue para enfermos y una especie de capilla, que existieron en las vecindades del Río Molino. La siguiente referencia al hospital es una resolución del cabildo en 1631 por la cual se proveyó al hospital de médico, cirujano y botica, que el gobernador Juan Bermúdez de Castro aseguró con recursos provenientes del noveno y medio de los diezmos que legalmente correspondían al hospital y concretando otras donaciones. El “Hospital” al que se ha hecho referencia, no tenía protección de ninguna orden religiosa y en sentido riguroso no puede considerársele como tal, pues brindaba más que todo abrigo y ayuda espiritual a los moribundos.

1.1.3. Fundación

Los orígenes formales del Hospital San José de Popayán y su fundación como verdadero Hospital en términos de organización, prestación de asistencia y regencia institucionalizada, se ubican en 1711. Obedeció a una propuesta de los religiosos Bethlemitas procedentes de Quito, aceptada por el Gobernador y el Cabildo de la ciudad. Además, contó con la colaboración y donaciones de los ciudadanos pudientes. A parte del abandono de los Bethlemitas, de las caóticas circunstancias de las contiendas independentistas y de la ocupación de sus instalaciones por las tropas, el hospital sufrió estragos por el terremoto de 1827 por lo cual inició su segunda etapa como institución de la naciente república, en condiciones verdaderamente críticas.

1.1.4. Transición en la Independencia

La nueva etapa de regencia civil del hospital se inició en 1847 con el nombre de “Hospital de caridad”, reglamentado inicialmente por el Gobernador y la Asamblea Departamental, posteriormente por el Distrito que luego pasó a denominarse Municipalidad o Alcaldía, y que representaba al antiguo cabildo.

Desde el año de 1855 hasta 1866, el Hospital estuvo cerrado por reparaciones integrales. Posteriormente se establecieron un anfiteatro y unos salones que también servían para las clases de medicina. En 1871 el jefe municipal destinó parte del hospital para albergar reclusas, mientras reconstruían la cárcel respectiva.

1.1.5. Hospital San José – IV Centenario

En el año 1939 se adquirieron los terrenos donde funciona el Hospital actualmente y se encargó el diseño de los primeros planos. El 17 de junio de 1951 se inauguró el Hospital, se dio comienzo a la semana Médica Caucana y se recogieron donaciones en varias ciudades. Sin embargo, las dificultades económicas no se hicieron esperar, y en el mes de septiembre del mismo año de la inauguración se registraron problemas por la falta del auxilio nacional, sin el cual no se podían prestar los servicios. Superado este escollo inicial, el hospital siguió su marcha, siempre con estrechez pecuniaria y dependiendo de la solidaridad ciudadana.

Para 1958 el Hospital contaba con 316 camas, su zona de influencia abarcaba todo el departamento. Sin embargo, en ese año la Gobernación pretendió reducir el auxilio de la Lotería del Cauca, con lo cual se perjudicaban el hospital y la Facultad de Medicina. Esto provocó una movilización gremial de protesta, y a partir de ese año la regulación de la participación de la Lotería que era decidida por el Gobernador y el secretario de Hacienda, pasó a ser competencia de la Asamblea Departamental.

En 1961, el Concejo Municipal por medio del Acuerdo No 9 de marzo 21, reorganizó la Junta Directiva del Hospital y creó el Consejo Técnico. La Junta quedó integrada por el Gobernador del departamento o su designado, el Rector de la Universidad del Cauca, el alcalde o su designado, el Personero Municipal, un profesor de la Facultad de Medicina, cuatro miembros elegidos paritariamente por el Concejo Municipal y el delegado del Ministerio de Salud Pública.

Los estatutos y reglamentos del Hospital debían ser aprobados por el Concejo Municipal y la Junta Directiva estaba facultada para celebrar contratos con la Universidad del Cauca, estipulando las obligaciones y derechos de cada entidad, con lo cual el hospital adquirió su carácter de Hospital Universitario. En 1963 se celebró el acuerdo formal entre las dos instituciones.

En el año 1965 se reformaron los estatutos del Hospital, calificándolo como Universitario, enfatizando su carácter de centro de enseñanza y capacitación de



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 7 de 50

profesionales en medicina sanitaria, administración e investigación. Se suprimió de la Junta Directiva la participación del Gobernador del Departamento y del Personero Municipal, quedando integrada por el Arzobispo de Popayán, el alcalde Municipal, el rector de la Universidad del Cauca, el delegado del Ministerio de Salud Pública y por dos miembros elegidos por el Concejo Municipal.

El Hospital Universitario San José de Popayán es reconocido como persona jurídica independiente, mediante la resolución No 68 de 1965 emanada del Gobierno Departamental.

Entre los años 1975 y 1979 se llevó a cabo la obra de ampliación, con la interventoría del Servicio de Salud del Cauca, en representación del Fondo Nacional Hospitalario.

El Hospital Universitario San José quedó formalmente adscrito al Sistema Nacional de Salud, según los decretos 056 y 356 de 1975 y en 1979 se lo nombró Sede de la Unidad Regional Central, de conformidad con la organización fijada por el Servicio Seccional de Salud, previa aprobación del Ministerio de Salud.

En cuanto a la estructura administrativa, la dirección del hospital estaba a cargo de la Junta Asesora, el Comité Técnico, el Comité de Participación de la Comunidad, la Unidad de Coordinación, la Sección de atención Médica y la Sección de Saneamiento Ambiental.

1.1.6. Años 90

Corresponde a la década de grandes cambios, fortalecimiento institucional y renovación tecnológica. Además, al período del recrudecimiento de la crisis financiera, con dificultades laborales y paros de trabajadores.

En 1991, por negociación de convención colectiva, se organizó la clasificación como trabajadores oficiales de los empleados públicos del hospital, considerándose como tales al personal administrativo y al auxiliar del área asistencial.

En los años 1992 y 1993, se inició un modelo de prestación de servicios mediante el sistema de atención Integral, con participación de los médicos hospitalarios y otros médicos adscritos a través de la Fundación Jacinto Mosquera y Figueroa, lo que permitió ofertar servicios en nuevas especialidades, y captar mercados.

En 1993, bajo la política de venta integral de servicios, los docentes de la Universidad del Cauca pasaron a convertirse en contratistas del HUSJ, por medio de la



Fundación Jacinto Mosquera y Figueroa. Para ese entonces el Hospital alcanzó una venta de servicios por más de \$ 2.000 millones que no fueron reconocidos por el Ministerio de Salud, acrecentándose el déficit histórico.

En 1995 el hospital se convirtió en Empresa Social del Estado, sin modificar los déficits presupuestales y sus costos laborales. Se inició una época de recomposición del equipo técnico, se compró tecnología de punta con la figura de Leasing, pactado en dólares. El Hospital comenzó un proceso de endeudamiento financiero, para el que no estaba preparado.

Con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 y la Ley 60 del mismo año, se inició el desmonte gradual del situado fiscal y su transformación en subsidio a la demanda, administrado por las ARS (administradoras de régimen subsidiado) disminuyéndose de forma efectiva la financiación con recursos del Estado, del 40% al 18%. Las normas daban por hecho que los recursos de oferta se recapturarían por el HUSJ a través de la venta de servicios a estas nuevas empresas y no fue así.

En 1998, con el propósito de aumentar la producción de servicios, el HUSJ decidió modificar la forma de vinculación de los profesionales especializados, haciendo que ellos renunciaran a sus cargos como empleados del hospital y pasaran a ser contratistas a través de sus cooperativas. Se inició así el pago de honorarios mediante la figura de la productividad. Esta forma de contratación elevó el costo de la prestación de servicios, el cual no fue compensado con la venta de los mismos.

Durante 1998 se presentaron dos paros laborales, como apoyo de sus trabajadores a movimientos nacionales del sector salud, en busca de nivelaciones económicas. A partir del mes de mayo se inició una serie de incumplimientos laborales por parte del HUSJ. Se retrasó el pago de salarios, desmejorándose en forma notoria el clima organizacional, lo que elevó la tensión de las relaciones obrero patronales. La crisis se agudizó en el mes de diciembre y se extendió hasta marzo del año siguiente.

En 1999 la situación fue crítica. Los trabajadores entraron en paro y se suscitó el evento del paro del Macizo Colombiano, llevado a cabo entre octubre y noviembre de ese año. Dicho movimiento mantuvo bloqueada la vía Panamericana durante varias semanas, con el propósito de obtener recursos financieros de parte del Gobierno Nacional para ejecutar inversiones en diferentes sectores, incluido el de la salud. En el pliego de peticiones del paro del Macizo se solicitaban recursos para el Hospital San José por valor



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 9 de 50

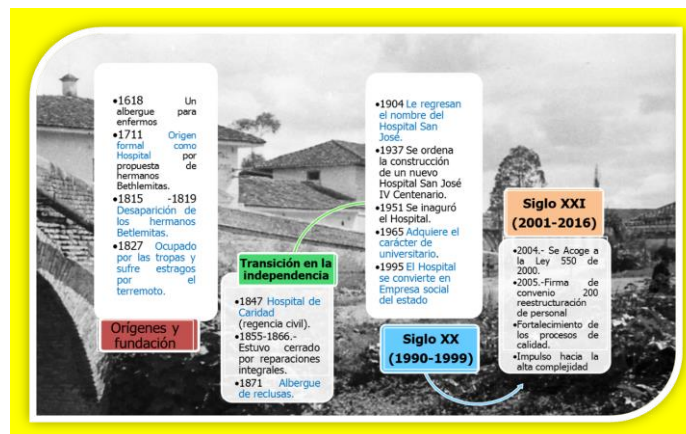
de 10 mil millones de pesos. Se obtuvieron recursos por valor de 8.700 millones a través de la suscripción del Convenio de Desempeño número 411 de 1999 con el Ministerio de Salud, con el compromiso de realizar una supresión de cargos y un fuerte ajuste institucional, sin embargo no se efectuó reforma alguna para corregir los onerosos costos laborales, y la administración se limitó a un ajuste más que parcial, superficial e irrelevante de los factores que condicionaron la situación de crisis operacional, durante los últimos 30 años del siglo pasado.

1.1.7. Nuevo Siglo

El año 2001 se inició con cambio de la administración y ajustes y cumplimiento en el desarrollo del Convenio de Desempeño. La nueva Gerencia, elegida y nombrada para un período fijo de tres años, asumió un programa de ajuste y salvamento institucional, con recortes importantes de los costos operacionales y **la decisión irreversible** de corregir la grave problemática de desorden y corrupción administrativa y laboral al interior de la institución. En el mes de septiembre, la Junta Directiva ordenó la aplicación de la clasificación oficial de los funcionarios, organizando y corrigiendo el modo de vinculación errática de los empleados públicos como trabajadores oficiales. La medida provocó un cese de actividades que se prolongó hasta el mes de enero del año 2002. Con la financiación por parte del gobierno nacional se realizó durante los años 2003 y 2004 un ajuste de la planta de personal, paralelamente el hospital se acoge a la ley 550 que le permite congelar sus pasivos laborales y de proveedores así como funcionar de una manera más adecuada cumpliendo con los pagos salariales y el suministro de medicamentos e insumos. En el año 2006 se produce la salida de los trabajadores oficiales y la contratación de servicios generales por la figura de contrato sindical lo que asegura el pago de la deuda laboral por la Nación y la firma de un acuerdo de pagos a 10 años del resto de acreencias.



1.1.8. Resumen de la reseña histórica



Fuente: Oficina Asesora de Planeación

1.2 Misión

Brindamos a la comunidad servicios de salud de mediana y alta complejidad proyectados a la excelencia, a través de procesos de mejoramiento continuo que permitan una atención digna, humana, segura, integral y diferencial, con un talento humano comprometido en satisfacer las necesidades de salud en todos los ciclos de vida, con responsabilidad social, ambiental y sostenibilidad financiera, apoyados en los procesos de docencia, investigación e innovación.

1.3. Visión

Para el 2034 ser un hospital universitario líder en la prestación de servicios de salud con enfoque de cuarto nivel de atención, que mediante un modelo integral, sostenible y competitivo garantice la eficiencia, el cumplimiento de altos estándares de calidad y un servicio digno, preservando la vida y siendo referente en la región por nuestra excelencia.

1.4. Valores Institucionales

Cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales



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

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 11 de 50

✓ **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

✓ **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición

✓ **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

✓ **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

✓ **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia para así optimizar el uso de los recursos del estado

✓ **Ética profesional:** Intentamos encontrar solución a los problemas que padecen nuestros usuarios mediante el diseño y puesta en marcha de procesos de docencia, investigación e innovación

✓ **Liderazgo:** Tenemos capacidad de generar entornos de innovación, competitividad y productividad mediante un estilo de liderazgo coherente y alineado con las expectativas de quienes observan y califican nuestra actuación diaria.

1.5. Estructura Organizacional



Fuente: Oficina Asesora de Planeación

2. OBJETIVO DEL MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El presente manual es una guía para establecer la planificación, operación y el control de los procesos del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, determinados dentro del sistema integrado de gestión cuya estructura se adecúa a los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015.

3. Definiciones Y Siglas

- **Organización:** Persona o grupo de personas que tiene sus propias funciones con responsabilidades, autoridades y relaciones para el logro de sus objetivos.
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Contexto de una organización:** Proceso que determina los factores que influyen en el propósito, objetivos y sostenibilidad de la organización. Considera factores internos tales como valores, cultura, conocimiento y desempeño de la organización. También considera factores externos tales como entornos legales, tecnológicos, de competitividad, de mercados, culturales, sociales y económicos.



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 13 de 50

- **Contratista:** Organización externa que proporciona servicios a la organización de acuerdo con las especificaciones, términos y condiciones acordados
- **Control operacional:** Acciones u operaciones asociadas a controlar los peligros y aspectos ambientales identificados para alcanzar los objetivos de la política y cumplir los objetivos y metas establecidos. Entre ellos se encuentran; procedimientos, uso de elementos de protección personal, personal entrenado y capacitado, etc.
- **Objetivos:** resultado a lograr
- **Partes interesadas:** El concepto de partes interesadas se extiende más allá del enfoque únicamente al cliente, es importante considerar todas las partes interesadas pertinentes. Parte del proceso para la comprensión del contexto de la organización es identificar sus partes interesadas. Las partes interesadas pertinentes son aquellas que generan riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización si sus necesidades y expectativas no se cumplen. Las organizaciones definen que qué resultados son necesarios para proporcionar a aquellas partes interesadas pertinentes para reducir dicho riesgo.
- **Políticas:** Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad, la seguridad y salud ocupacional, y ambiental, tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultado.
- **Programa:** Documento que describe el conjunto de actividades, objetivos, metas de la organización, incluida su planificación en el tiempo, los recursos necesarios y el personal responsable de la implementación.
- **Riesgo:** Efecto de la incertidumbre
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad. Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

4. CONTEXTO

Para la determinación del contexto organizacional la empresa cuenta con el



procedimiento *OPL-PD 17 Procedimiento para definir o actualizar el Direccionamiento Estratégico* el cual tiene como objetivo “Establecer el mecanismo que permita definir y actualizar el direccionamiento Estratégico en el contexto en el que se desarrolla la organización.” Adicionalmente cuenta con la metodología para la comprensión y análisis del contexto interno y externo del Hospital Universitario San José de Popayán ESE y para la identificación y priorización de los requisitos de las partes interesadas pertinentes.

4.1. Comprensión de la organización y de su contexto

Para la comprensión de las cuestiones internas y externas se utiliza la metodología de *Matriz de Evaluación de Factores Externos y la Matriz de Evaluación de Factores Internos*, con una escala de calificación para determinar debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para cada Sistema de Gestión y se registra el resultado final de acuerdo con lo priorizado en una matriz DOFA, tal como se evidencia en el documento Análisis del Contexto Estratégico del Sistema Integrado de Gestión. El hospital Universitario San José de Popayán ESE, ha identificado los factores internos y externos, que inciden de manera positiva o negativa en el desarrollo del cumplimiento de su misión institucional definidos en el documento Plataforma Estratégica 2024-2027. Durante la construcción del Plan de Desarrollo, se llevaron a cabo diálogos con diferentes comunidades y grupos de interés. La información aportada por los ciudadanos se consolidó con el fin de analizarla, y priorizarla para la construcción de las bases del Plan de Desarrollo 2024-2027 “En Alianza por una Atención Digna e Integral”.

El Plan Nacional de Desarrollo 2024-2027 es el documento que sirve de base y provee los lineamientos estratégicos para la implementación en la institución. Su elaboración, socialización, evaluación y seguimiento es responsabilidad directa de la oficina Asesora de Planeación. Una vez analizados los documentos se registró la siguiente matriz DOFA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Talento humano calificado	Normas y tendencias a la formalización laboral
Complementariedad en la atención	Actualización de tecnología



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 15 de 50

Infraestructura y equipos - tecnología biomédica	Uso racional de agua y energía
Proceso de acreditación enfoque al mejoramiento	Participar en proyectos que generen ingresos
Actualización permanente personal asistencial	Hospital amigable con el medio ambiente
Internación	Gestión de proyectos
Closter de nefrología y servicio de neonatos	Diversidad étnica
Cuenta con proceso de investigación e innovación	Energías renovables
Hacer parte de la red global de hospitales verdes	Nuevas tendencias en tics
Desarrollo hemodinamia y angiografía trasplantes	Recursos económicos existentes a nivel nacional gubernamental para financiación de proyectos
Central de mezclas farmacia	Alianzas estratégicas con IPS
Presentación ante Icontec par acreditación	Hospital de referencia con telemedicina
Compra de ambulancia	Acceder al sistema de regalías para financiación de proyectos de inversión
Inicio construcción de nueva torre	Potencialidad de atención en medicina prepagada y planes especiales
Desarrollo seguridad del paciente	Acceso a procesos de reconocimiento y certificación
Alta demanda del servicio y confianza del usuario	
Cabeza red pública en el departamento	
Hospital universitario	
Servicios únicos salud mental, quemados, sala de infusiones	
Equipo de prevención de iaas	



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 16 de 50

Contar con banco de sangre	
Enfoque diferencial	
Actualización del plan de obsolescencia	
SIAU	
Señalética	
Servicios habilitados	
Espacios al aire libre	
Madre canguro, banco de leche, programa humanización	
Responsabilidad social	
Albergue casa de paso	
Desarrollo incipiente de prerrogativas	
Fortalecimiento cultura 5s	
Sin riesgo financiero ni endeudamiento	
Goodwill institucional	
Colciencias	
Cuenta con dos bienes inmuebles como parte de su patrimonio	
Hogar de paso	
Tiene definido un modelo de atención	
Debilidades	Amenazas
Tipo de vinculación laboral, modelos de contratación afectan al talento humano.	Ataque cibernético
Sistema de información deficiente	Situación crítica del SGSSS en Colombia
Seguridad informática	Mal estado financiero de eps/liquidación
Falta adherencia a protocolos institucionales	Demandas contra la institución
Rotación personal	Tipo de contratación: evento o pgp
Educación continua institucional	Competencia en el mercado



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 17 de 50

Falta espacio esparcimiento para el cliente interno	Bloqueo de vías
Insuficiente personal para cubrir capacidad instalada	Población migrante en aumento
Inoportunidad en cirugía	Desempleo en la ciudad
Falta equipos de alta complejidad para fortalecer prestación de servicios.	Baja oferta de talento humano especializado para la ciudad
Falta de un sistema de comunicación funcional incluido call center	Riesgo volcánico y sísmico
Modalidad de contratación que afecta los procesos	Deficiente soporte técnico equipos tac y cirugía.
Demora en proceso contractual en jurídica	Cambio climático
Carencia de traslado asistencial propio y oportuno	Plan municipal de emergencias desactualizado
Fallas en la conectividad	Incremento en cirugías
Capacidad instalada en urgencias superada	Desabastecimiento de insumos
Inadecuada atención del paciente psiquiátrico en urgencias	Conflicto armado
Falta de comunicación entre procesos internos	Daño al sistema de información
Deficiencia en la red hidráulica contra incendios	Riesgo de inundación
Falta estabilidad laboral	Variaciones a nivel normativo
Falta de insumos suministros y dispositivos médicos	Cambio en la legislación
Giro cama	Fortalecimiento de otras ips públicas en la alta complejidad
Cumplimiento de la política cero papel	Incremento en costos de insumos
Cambio de procesos por cambio en la administración cada 4 años	Baja oferta de talento humano especializado
Alta cartera de difícil cobro	Políticas de contratación de las aseguradoras



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 18 de 50

Desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos

Tanque de agua en quinto piso

Falta de planos eléctricos, hidráulico sanitarios y de gases

Pacientes en abandono social

Aire acondicionado

Riesgo de incendio

Dependencia total de dgh, en caso de falla no existe otro sistema

No competitivos en el mercado por tarifas

Falta de competitividad por tarifas

Celeridad en procesos administrativos

Deficiente proceso de selección, evaluación y retiro del personal

Bajo impacto del programa de capacitación y bienestar social

Falta desarrollo del sistema de gerencia de la información y plataforma tecnológica

Gestión por dependencias y no por procesos

No se cuenta con un plan de reordenamiento físico y funcional para proyección de servicios

Portafolio de servicios no acorde a las necesidades del usuario con base a la complejidad de la institución

Falta de supervisión y auditoría a la prestación del servicio especialmente en los fines de semana

No se cuenta con la certificación como hospital universitario

Perdida del carácter universitario



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 19 de 50

Bajo desarrollo del proceso investigativo institucional
Falta fortalecer la gestión del riesgo implementando el riesgo clínico
Sistema de costos manual e inoportuno en su respuesta
Falta cultura de servicio al cliente y humanización en la prestación del servicio
Proceso de gestión documental
Obsolescencia de equipos
Colapso de algunos servicios por falta de reforzamiento estructural
Subutilización de algunos servicios
No se cuenta con estudio del estado del alcantarillado institucional
No se cuenta con planta de manejo de aguas residuales
No cuenta con suficiente oferta de transporte asistencial medicalizado
Falta consistencia en la información estadística y epidemiológica

4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

Se identifican los grupos de valor e interés y relacionamiento para el Hospital Universitario San José en el marco de construcción de Plan de Desarrollo 2024-2027, algunos de los grupos identificados son: Paciente y sus Familias, Colaboradores, aseguradoras, junta directiva, comunidad y sociedad, proveedores, entes territoriales, diferentes organizaciones públicas y privadas, otras.

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE, define los requisitos de cumplimiento a las expectativas y necesidades de los grupos de valor e interés mediante los lineamientos definidos en el procedimiento para Identificación y caracterización



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 20 de 50

grupos de valor y de interés, donde se determinan los actores identificados, sus necesidades, sus expectativas, su clasificación de grupo de valor o grupo de interés, su naturaleza interna o externa, los derechos que se deben garantizar, la característica de la salida (producto o servicio) que pueda satisfacer la expectativa o necesidad y la normatividad asociada.

4.3. Alcance del sistema de gestión y aplicabilidad

El alcance del Sistema de Gestión de calidad se define como: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA (hemodinamia e intervencionismo, imágenes diagnosticas - no ionizantes, terapia ocupacional, patología, gestión pre-transfusional, imágenes diagnosticas - ionizantes, diagnóstico vascular, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, fisioterapia, diálisis peritoneal, hemodiálisis, terapia respiratoria, servicio farmacéutico, toma de muestras de laboratorio clínico, quimioterapia, laboratorio clínico). SERVICIOS DE ATENCIÓN INMEDIATA (transporte asistencial medicalizado, urgencias, atención del parto). SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA (oncología clínica, ortopedia y/o traumatología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, reumatología, urología, otras consultas de especialidad, cirugía de mano, cirugía de mama y tumores tejidos blandos, cirugía de tórax, cirugía ginecológica laparoscópica, cirugía plástica y estética, cirugía vascular, nefrología pediátrica, neumología pediátrica, neurocirugía, neuropediatría, cirugía maxilofacial, vacunación, endocrinología, cirugía oncológica, psicología, oncología y hematología pediátrica, oftalmología, nutrición y dietética, neurología, neumología, nefrología, medicina interna, medicina física y rehabilitación, infectología, hematología, ginecobstetricia, genética. Gastroenterología, dolor y cuidados paliativos, dermatología, cirugía pediátrica, cirugía general, cardiología, anestesia). SERVICIOS DE INTERNACIÓN (cuidado intermedio neonatal, cuidado intermedio pediátrico, cuidado intermedio adultos, cuidado intensivo neonatal, cuidado intensivo pediátrico, cuidado intensivo adultos, cuidado básico neonatal, hospitalización adultos, hospitalización pediátrica, hospitalización en salud mental). SERVICIOS QUIRÚRGICOS (cirugía oftalmológica, cirugía ortopédica, cirugía maxilofacial, cirugía ginecológica, cirugía general, cirugía otorrinolaringología, cirugía pediátrica, cirugía plástica y estética, cirugía vascular y angiología, cirugía urológica,

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 21 de 50



cirugía oncológica, otras cirugías, cirugía de la mano, cirugía de mama y tumores tejidos blandos, cirugía de tórax, neurocirugía). Docencia e investigación.

Aplicabilidad: En el SGC del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, no es aplicable el numeral 8.3 – Diseño y desarrollo de la NTC ISO 9001:2015 debido a que fundamenta la prestación de sus servicios en la reglamentación establecida por el Gobierno Colombiano para el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS así como en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, específicamente en los estándares del Sistema Único de Habilitación, establecidos en la resolución 3100 de 2019.

4.4. Sistema integrado de gestión y sus procesos

Para una efectiva Gestión por Procesos, éstos deben documentarse y estandarizarse con el fin de reducir la variabilidad y aumentar la probabilidad de obtener resultados previsibles, lo cual contribuye a Garantizar la satisfacción de las expectativas de los clientes internos y externos, mejorar la eficiencia de los procesos mediante la disminución del esfuerzo y de la necesidad de supervisión , reducir los costos de la mala calidad, garantizar un nivel previsible de eficacia y mejorar la efectividad y rentabilidad de la organización. La Gestión de la Cultura se refiere a la ejecución de acciones para identificar, modificar y promover actitudes, comportamientos, creencias y valores, propios de la cultura del Hospital, que son necesarios para alinear los intereses individuales y colectivos hacia el logro de las metas. El Hospital está comprometido con una cultura que contribuya a la generación de sentido de pertenencia, la exaltación del ser humano y el logro de objetivos de la organización, reflejado en la calidad de la atención brindada al usuario y su familia y para ello diseña y realiza capacitaciones que contribuyan a la modificación de aquellos comportamientos y actitudes que impidan el logro de los objetivos institucionales, se exalta e incentiva aquellos comportamientos alineados con el cumplimiento de los objetivos organizacionales, programas de Bienestar con actividades recreativas y culturales que contribuirán a fortalecer la relación del Hospital con sus empleados y familiares.

Se encuentran definidos cuatro macro procesos:

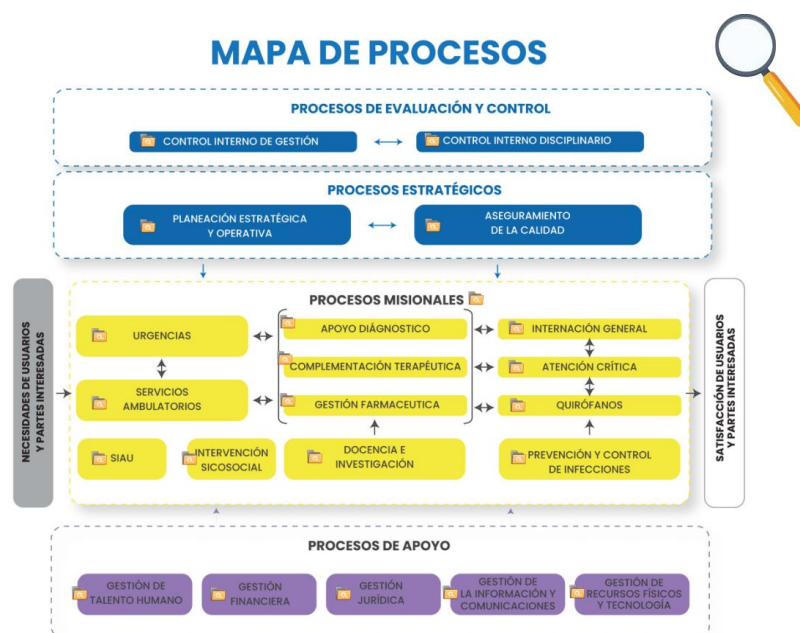


Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.

Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Procesos de Evaluación y control: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

Procesos de Apoyo: son aquellos que facilitan el funcionamiento de los procesos principales de una organización.



Fuente: Oficina Asesora de Planeación

Enfoque por procesos.

Relación de procesos y subprocesos

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESOS
Evaluación y	Control	Control Interno de Gestión



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
HOSPITAL DEL ESTADO
PAYAN

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 23 de 50

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESOS
Control	Interno de Gestión	
Evaluación y Control	Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario
Estratégicos	Planeación Estratégica y Operativa	Gestión Gerencial Planeación Gestión clínica Gestión de Proyectos
Estratégicos	Aseguramiento de la Calidad	Seguridad del Paciente Mejoramiento sistémico Auditoría clínica concurrente Evaluación y desempeño (incluye Procesos prioritarios, Humanización, auditorías internas y externas, revisión por la dirección)
Misional	Urgencias	Urgencias Adultos Urgencias Ginecológicas Urgencias Pediátricas
Misional	Servicios Ambulatorios	Consulta Externa y Madre Canguro Programa de Promoción y Mantenimiento de la Salud PPMS
Misional	Atención Crítica	UCI Adultos UCIN Adultos UCI Pediátrica UCIN Pediátrica UCI Neonatal UCIN Neonatal
Misional	Quirófanos	Cirugía Central de Esterilización
Misional	SIAU	Atención al Usuario Referencia y Contrarreferencia
Misional	Intervención	Trabajo Social Psicología



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
HOSPITAL DEL ESTADO
PAYAN

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 24 de 50

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESOS
	Sicosocial	
Misional	Docencia e Investigación	Docencia Servicio Innovación e investigación Bioética
Misional	Prevención y Control de Infecciones	Prevención y control de infecciones
Misional	Apoyo Diagnostico	Laboratorio clínico Laboratorio de patología Radiología e imágenes diagnósticas
Misional	Complementación Terapéutica	Rehabilitación y terapias Administración de medicamentos especiales Nutrición y Dietética Banco de sangre y servicio transfusional Nefrología Angiografía y hemodinamia Cardiología
Misional	Gestión Farmacéutica	Servicio Farmacéutico Central de Mezclas Central de Gases Medicinales
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Talento Humano Seguridad y Salud en el Trabajo
Apoyo	Gestión Financiera	Facturación Contabilidad Tesorería Cartera Costos Presupuesto



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 25 de 50

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESOS
		Auditoría de cuentas Mercadeo y venta de servicios
Apoyo	Gestión Jurídica	Representación Jurídica Contratación Vigilancia y control de contratos
Apoyo	Gestión de la información y comunicaciones	Comunicaciones Gestión Documental Estadística y Epidemiología Administración y Almacenamiento de la información (sistemas)
Apoyo	Gestión de los recursos Físicos y Tecnología	Infraestructura Tecnología biomédica e industrial Almacén e inventarios Gestión ambiental Servicios Generales

5. LIDERAZGO

La institución cuenta con una política de calidad que enmarca nuestro compromiso institucional con la Calidad. Adicionalmente se han definido objetivos específicos medibles los cuales se evalúan a intervalos definidos a través de Indicadores de Gestión, se establece el organigrama y las responsabilidades y la gerencia suministra los recursos físicos, financieros y humanos necesarios para la operación de los procesos que del SGC para garantizar la conformidad con los requisitos establecidos por el cliente y el cumplimiento de las políticas de calidad.

5.1. Liderazgo y compromiso

La Alta Dirección del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., ha asumido un liderazgo comprometido y activo en la mejora continua de la gestión



institucional. Este compromiso se manifiesta en su participación directa en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, asegurando que cada componente del sistema esté alineado con los objetivos estratégicos de la institución. Con el fin de garantizar una dirección efectiva y coherente, la institución cuenta con el Comité de Calidad, integrado por líderes clave de diversas áreas. Este comité no sólo supervisa la ejecución de la política de calidad, sino que también promueve una cultura organizacional centrada en la mejora continua, la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario. Su labor es fundamental para asegurar que todas las acciones emprendidas están orientadas al logro de la misión institucional y al fortalecimiento de la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

La Alta Dirección, representada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, ha establecido su compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad. Este compromiso se refleja en la implementación de políticas y estrategias que buscan garantizar la calidad en todos los procesos y servicios ofrecidos por la institución.

5.2. Política de Gestión de calidad

La Alta Gerencia y los colaboradores del Hospital Universitario San José (HUSJ) se compromete a ofrecer servicios de salud de mediana y alta complejidad con excelencia, garantizando seguridad, oportunidad, calidez y un trato digno para los usuarios y sus familias. Este compromiso se fundamenta en los principios de buen gobierno, buscando el equilibrio financiero, en concordancia con los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud (SOGC) y la mejora continua de los procesos.

5.2.1 Alcance de la Política de Calidad.

La Política de Calidad del Hospital Universitario San José, se implementa en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y aplica a los procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo del Hospital Universitario San José de Popayán ESE.

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 27 de 50

5.2.2. Lineamientos

- **Excelencia Calidez y trato Digno:** Lograr la excelencia en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a través de la implementación de estándares de calidad superiores, fomentando una atención centrada en el paciente, segura, oportuna y humanizada, que promueva el bienestar integral de los usuarios y sus familias, garantizando un enfoque de mejora continua en todos los procesos asistenciales y administrativos del hospital
- **Seguridad:** Garantizar la seguridad del paciente mediante la implementación de protocolos clínicos y estándares que minimicen riesgos, asegurando la atención con los más altos niveles de calidad y confiabilidad.
- **Mejoramiento continuo:** Fortalecer el buen gobierno organizacional, asegurando una gestión transparente, ética y participativa, promoviendo la confianza y el compromiso de todos los colaboradores en la misión institucional.
- **Sostenibilidad Financiera y rentabilidad Social:** Mantener un equilibrio financiero sostenible, implementando estrategias de gestión financiera responsables que permitan el desarrollo continuo del hospital y la prestación de servicios de alta calidad.

5.3. Roles, responsabilidades y autoridades

- **Responsabilidades:** La institución cuenta con un Manual de Funciones debidamente estructurado y actualizado, que define de manera clara las responsabilidades, competencias y requisitos de cada uno de los cargos que conforman la planta de personal del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. Este documento constituye una herramienta fundamental para el adecuado desarrollo de las funciones institucionales y la gestión del talento humano. La responsabilidad de liderar, socializar, coordinar y hacer seguimiento al



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 28 de 50

cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) implementado en la institución ha sido delegada al proceso de Aseguramiento de la Calidad.

Esta dependencia tiene a su cargo la articulación de los diferentes componentes del sistema, el aseguramiento del cumplimiento de los requisitos normativos y la promoción de una cultura organizacional orientada a la mejora continua, la eficiencia en los procesos y la satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas.

5.3.1. Roles

ROL	RESPONSABILIDAD
Gerente	-Asegurar el establecimiento de la Política, Objetivos del SGC y sus componentes. -Designar a la alta dirección para el SGC, así como sus responsabilidades y funciones. -Liderar la rendición de cuentas con relación a la eficacia de los Componentes del SGC. -Adoptar los Actos Administrativos que requiera el diseño, implementación, mantenimiento, revisión y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad. -Designar responsabilidades relacionadas con los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad. -Requerir informes de gestión y evaluación a cada componente para hacer seguimiento de la gestión del Sistema de Gestión de la Calidad.
Alta Dirección (Comité Institucional de Gestión y Desempeño)	-Liderar a partir de las directrices impartidas por el Gerente, el diseño, implementación, mantenimiento, seguimiento, y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, de conformidad con la misión, visión y objetivos del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, al igual que las competencias y funciones determinadas en la Ley. -Asegurar los recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión y evaluación del SGC. -Revisar los avances del Sistema de Gestión de la Calidad y la necesidad de acciones para la mejora continua del mismo. -Asegurar que se establezcan los mecanismos de difusión, socialización, divulgación y promoción del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Universitario San José de Popayán ESE. -Aprobar y hacer seguimiento, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad. -Hacer seguimiento a las actividades establecidas para la articulación de otros sistemas de gestión definidos en la entidad.



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 29 de 50

ROL	RESPONSABILIDAD
	-Controlar los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales mediante una efectiva administración de los mismos, contemplando el desarrollo de herramientas y estrategias de gestión que respondan a las necesidades de la entidad, contando con la participación activa de los Líderes de los Procesos del Sistema de Gestión Institucional y de sus equipos de trabajo.
Líder del Sistema de Gestión de la Calidad	-Plantear estrategias para el despliegue del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. -Alinear las estrategias de Despliegue del Sistema de Gestión de Calidad con la Misión para soportar los objetivos institucionales. -Establecer un enfoque basado en riesgos para la gestión del sistema de Gestión de la Calidad, mediante la ejecución de medidas apropiadas para mitigar los riesgos y reducir el impacto potencial de los riesgos. -Implementar una gestión eficaz de controles para la gestión del sistema de Gestión de la Calidad -Medir, dirigir y monitorear la gestión del Sistema de Gestión de la Calidad -Asesorar a los líderes de procesos y procedimientos en la implementación de las metodologías del SIG: Elaboración y control de documentos, riesgos institucionales, oferta institucional, planes de mejora, indicadores, satisfacción de grupos de valor, gestión del cambio y políticas de MIPG.
Gestor de auditorías Internas del SIG	-Velar por la ejecución de las actividades de la auditoría interna de del SIGC. -Preparar y liderar las reuniones de planificación, así como de elaborar y entregar el respectivo programa de auditoría interna SIGC. -Intervenir en las opiniones divergentes que surjan durante el desarrollo de la auditoría interna para su solución. -Evaluar el desempeño del auditor líder y validar en conjunto con el líder del proceso auditado, los resultados de la evaluación de desempeño de los auditores acompañantes y observadores. -Hacer entrega del Informe de Auditorías Internas del Sistema Integral de Gestión de la Calidad.

6. PLANIFICACIÓN

6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades:

El Hospital cuenta con el Manual para la implementación del sistema integrado de gestión del riesgo, el cual tiene como objetivo “Establecer los principios básicos y el marco general de actuación para el control y la gestión de los riesgos de toda naturaleza a los



que se enfrenta la entidad (Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas , versión 5 de Diciembre de 2020, DAFP)". Los riesgos relacionados con seguridad del paciente y los aspectos e impactos ambientales no están dentro del alcance de dicho procedimiento y se tratan a través de una metodología independiente.

De igual forma cuenta con la Matriz de Riesgos Institucional, en donde se identifican, evalúan y se establecen barreras de control para los riesgos. Las oportunidades de mejora también se identifican en esta matriz, más no son sujetas a evaluación. La institución decide cuales oportunidades aprovechar. Los riesgos relacionados con seguridad del paciente y los aspectos e impactos ambientales no están dentro del alcance de dicho procedimiento y se tratan a través de una metodología independiente.

6.2. Objetivos de calidad

°	OBJETIVO	INDICADOR
	Lograr la excelencia en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a través de la implementación de estándares de calidad superiores, fomentando una atención centrada en el paciente, segura, oportuna y humanizada, que promueva el bienestar integral de los usuarios y sus familias.	Porcentaje de adherencia a las guías clínicas de práctica clínica
		Porcentaje de adherencia a protocolos y procedimientos
		Satisfacción del usuario.
		Cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
OFICIAL DEL ESTADO
PUNAYAN

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 31 de 50

o	OBJETIVO	INDICADOR
	Garantizar la seguridad del paciente mediante la implementación de protocolos clínicos y estándares que minimicen riesgos, asegurando la atención con los más altos niveles de calidad y confiabilidad	Proporción de vigilancia de eventos adversos.
		Relación de reporte de incidentes.
		Índice de satisfacción del personal sobre la cultura de seguridad.
		Tasa global de infecciones.
	Fortalecer el buen gobierno organizacional, asegurando una gestión transparente, ética y participativa, promoviendo la confianza y el compromiso de todos los colaboradores en la misión institucional.	Número de publicaciones realizadas en revistas científicas
		Porcentaje de cumplimiento del Código de Ética
		Promedio de resultados de variables de clima organizacional
	Mantener un equilibrio financiero sostenible, implementando estrategias de gestión financiera responsables que permitan el desarrollo continuo del hospital y la prestación de servicios de alta calidad	Porcentaje de Recaudo de cartera corriente
		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo
		Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida

6.3. Planificación de cambios



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 32 de 50

El Hospital Universitario San José de Popayán, cuenta con el procedimiento *DES-ACA-PD 57 Procedimiento de Gestión del Cambio sistema de Gestión de Calidad*, en el cual se establecen las directrices para llevar a cabo los cambios de manera planificada, evitando consecuencias indeseables en calidad. La dinámica de los procesos del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, y los cambios continuos presentados por la complejidad del sector al cual pertenece, hacen que la entidad se prepare para afrontar este tipo de coyunturas, de manera tal que no se generen perturbaciones en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En ese sentido, cuando la institución identifica la necesidad de hacer cambios en el Sistema de Gestión de Calidad, lo hace de manera controlada y planificada. Al momento de la gestión del cambio se evalúa la integridad del Sistema, de modo que no se vea comprometida la prestación del servicio y el incumplimiento de los requisitos establecidos, preservando y manteniendo la satisfacción del cliente y partes interesadas. Igualmente, se tiene en consideración la disposición o no de recursos para la ejecución de los cambios, que es parte fundamental en la planificación de estos. Para ello, se cuenta con la participación de la alta gerencia en la toma de decisiones con respecto a cambios esenciales del Sistema, tales como modificaciones a la política de calidad, los objetivos, el alcance y demás componentes que afecten la estructura del Sistema.

Es importante destacar que el tratamiento para los cambios previstos en el Sistema debe responder a la premisa de la mejora continua y representar estabilidad en el mismo. Las instancias para la planificación están dadas por la Revisión por la Alta Dirección en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, así como la gestión por parte del Gerente, Coordinador de Aseguramiento de la calidad, en su rol de líder del Sistema de Gestión de la Calidad, jefe de la Oficina Asesora de Planeación y subgerencias Científica y administrativa y financiera. Para la planificación de cambios el Hospital San José, estructura una metodología que permite identificar y gestionar oportunamente los cambios mediante el establecimiento de actividades para la planificación, el análisis, la implementación y el seguimiento al interior de la institución, definidas en el procedimiento con el fin de favorecer la adaptación al cambio, la integridad del sistema de gestión y la satisfacción del cliente y partes interesadas.

7. APOYO

7.1. Recursos

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se distingue por contar con un equipo de talento humano altamente calificado y comprometido, cuya labor es esencial para la prestación de servicios de salud de calidad y la formación académica en la región. La gestión del talento humano en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se encuentra normada por una serie de procesos y procedimientos que aseguran la eficiencia, legalidad y alineación estratégica de sus recursos humanos. Estos lineamientos están fundamentados en normativas nacionales y estándares internacionales, adaptados al contexto hospitalario y a las necesidades específicas de la institución. A continuación se relacionan algunos de los procedimientos:

Procedimiento	Código
Inducción del personal	GTH-TH-PD 20
Reinducción del Talento Humano	GTH-TH-PD 21
Inducción Específica del personal	GTH-TH-PD 44
Evaluación y Desempeño Laboral de los servidores públicos , vinculados mediante carrera administrativa, en periodo de prueba o de libre nombramiento y remoción	GTH-TH-PD 56
Planeación del Talento Humano en el Hospital Univesritario San José	GTH-TH-PD 41
Identificación y respuesta a las necesidades del Talento Humano	GTH-TH-PD 39

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 34 de 50

Verificación de Documentos de Habilitación y acreditación para el ingreso seguro del Talento Humano al HUSJ	GTH-TH-PD 33
---	-----------------

7.1.1. Infraestructura y ambiente para la operación de los procesos

La organización cuenta con una sede principal ubicada en Carrera 6 # 10 N-142 y una sede administrativa ubicada en Calle 10AN # 7-12 B/ Prados del Norte en la ciudad de Popayán. El Hospital Universitario San José de Popayán cuenta con una infraestructura adecuada y suficiente, respaldada por políticas institucionales orientadas a garantizar la calidad y seguridad en la atención a los usuarios. En cumplimiento del principio de planeación institucional y con el objetivo de asegurar el uso eficiente y adecuado de los recursos relacionados con el ambiente físico y la gestión tecnológica, la institución ha establecido procedimientos claros y efectivos. Entre estos procedimientos se incluyen el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, la calibración periódica de dispositivos médicos, la implementación de un plan de contingencia para equipos críticos, la realización de copias de seguridad de la información, así como el soporte técnico en redes y sistemas. Estas acciones permiten asegurar la continuidad de los servicios, minimizar riesgos y fortalecer la capacidad de respuesta ante eventualidades, en concordancia con los estándares de calidad del sector salud.

7.1.2. Recursos de seguimiento y medición

Con la finalidad de Garantizar la dotación y funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos, la entidad garantiza la calibración periódica de los equipos que lo requieren. El área de Gestión de la Tecnología biomédica, elabora un cronograma anual de calibración, considerando las recomendaciones del fabricante y la criticidad de cada equipo. La empresa contratista realiza las calibraciones conforme a los protocolos establecidos, utilizando equipos de medición calibrados y trazables. Se lleva a cabo la documentación de los resultados de cada calibración en las hojas de vida de los equipos, incluyendo fecha, responsable y observaciones pertinentes. El área de tecnología biomédica, revisa periódicamente los registros y coordina acciones correctivas en caso de detectar desviaciones. De igual manera se establece un plan anual que garantice la calibración oportuna de todos los equipos biomédicos, conforme a las normativas



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 35 de 50

vigentes y las recomendaciones del fabricante, que es supervisado por el área de tecnología biomédica. Para las anteriores actividades se contrata con un tercero la ejecución de los planes de mantenimiento y calibración de equipos biomédicos

7.2. Competencia

La institución cuenta con procedimientos formalmente establecidos para Inducción, Reinducción e implementación de plan institucional de capacitación, cuyo objetivo principal es garantizar que todos los funcionarios del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. adquieran y mantengan los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el adecuado desempeño de sus funciones, en coherencia con los valores institucionales, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. A través de estos procedimientos, se facilita la integración del nuevo personal, se refuerzan conocimientos en los colaboradores actuales, y se promueve el desarrollo continuo del talento humano. Las actividades incluyen contenidos relacionados con el modelo de atención, políticas institucionales, normatividad vigente, gestión del riesgo, seguridad del paciente, y demás temas pertinentes según el perfil del cargo.

Complementariamente, la institución cuenta con el Procedimiento para la Evaluación de desempeño de los servidores públicos vinculados mediante nombramiento provisional, mediante el cual se mide el nivel de desempeño de los colaboradores frente a las competencias definidas para sus respectivos cargos. Este proceso permite identificar brechas de formación, establecer planes de mejora individual y fortalecer las capacidades del equipo humano, contribuyendo a una gestión más efectiva y alineada con los objetivos institucionales.

Adicionalmente, la organización implementa el Plan Institucional de Capacitación, el cual es construido a partir del análisis de las necesidades de capacitación identificadas por los jefes inmediatos, los resultados de las evaluaciones de desempeño y competencias, las auditorías internas y externas, así como los lineamientos estratégicos. Este plan consolida y organiza las capacitaciones anuales, asegurando la actualización permanente del personal en aspectos técnicos, administrativos, normativos y de calidad, en beneficio de la prestación del servicio de salud.

7.3. Toma de conciencia

La organización implementa diversas estrategias para sensibilizar a sus equipos de trabajo, sobre la importancia de los sistemas de gestión en calidad, seguridad y medio ambiente, promoviendo la contribución activa de cada funcionario a los objetivos institucionales. Estas acciones buscan fortalecer la cultura organizacional y fomentar la participación comprometida del personal.

7.4. Comunicaciones

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. cuenta con un Plan Estratégico de Tecnología y Comunicaciones, cuyo propósito es definir las estrategias, objetivos y acciones necesarias para la adopción e implementación de la política nacional de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). Este plan también busca optimizar la gestión institucional y fortalecer los procesos internos, contribuyendo a una atención más eficiente, segura y alineada con los lineamientos del gobierno nacional. Adicionalmente, la institución ha desarrollado una Matriz de Comunicaciones con el objetivo de establecer los lineamientos para la divulgación oportuna y efectiva de la información relevante sobre los Sistemas de Gestión y demás aspectos institucionales. Esta matriz está dirigida a todas las partes interesadas pertinentes, tanto internas como externas, y es aplicable a la totalidad de los Sistemas de Gestión implementados en el hospital, asegurando así la transparencia, coherencia y oportunidad en la comunicación organizacional. Adicionalmente para el despliegue de la información del sistema de gestión de calidad cuenta con las estrategias.

1. **Jornadas Institucionales de despliegue de Política de Calidad y Sistema de Gestión de Calidad:** Se organizan encuentros donde se abordan temas relevantes relacionados con los sistemas de gestión, permitiendo el intercambio de conocimientos y experiencias entre los colaboradores.
2. **Comunicaciones Regulares:** Se establecen canales de comunicación interna, como intranet (Vulcano), boletines y correos electrónicos, para mantener al personal informado sobre políticas, normativas y buenas prácticas en los sistemas de gestión.
3. **Capacitación Continua:** Se ofrecen programas de formación y sensibilización que abordan aspectos clave de los sistemas de gestión, asegurando que



todos los colaboradores comprendan su rol y responsabilidad en la implementación de estos sistemas.

4. **Reconocimiento y Retroalimentación:** Se implementan mecanismos de reconocimiento para destacar las buenas prácticas y logros en calidad, seguridad y medio ambiente, motivando a los empleados a mantener altos estándares de desempeño.

Estas estrategias están diseñadas para involucrar activamente a cada miembro de la organización, asegurando que comprendan y asuman su papel en el cumplimiento de los objetivos de calidad, seguridad y medio ambiente, contribuyendo así al éxito y sostenibilidad institucional.

7.5. Información documentada

Con el propósito de establecer directrices claras para la elaboración, identificación, revisión, aprobación, divulgación, actualización, registro de cambios, uso, control de obsolescencia y retiro de documentos obsoletos —junto con la asignación de responsabilidades correspondientes—, el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. cuenta con un procedimiento actualizado para la elaboración y control de los documentos del Sistema Integrado de Gestión y Calidad (SIG). Asimismo, los registros de calidad, que constituyen las evidencias del cumplimiento y eficacia del SIG, son gestionados y conservados por la Oficina Asesora de Planeación. Esta dependencia garantiza no solo su adecuada custodia, sino también su disponibilidad para los usuarios pertinentes a través de la intranet institucional (Vulcano), promoviendo así el acceso oportuno a la información y el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en la calidad y la mejora continua.

8. OPERACIÓN

8.1. Planificación y control operacional

8.1.1 Sistema de gestión de calidad

Para garantizar que el proceso de prestación de servicios de salud se encuentre bajo condiciones controladas:

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 38 de 50

- Dispone de documentos que describen las características de los procesos a realizar (caracterización, procedimientos, especificaciones del cliente, instructivos de trabajo, etc.).
- Se capacita adecuadamente al talento humano y las labores son ejecutadas por personal calificado para las mismas.
- Se dispone del equipo adecuado de soporte vital y a él se le realiza el mantenimiento preventivo y/o correctivo según sea el caso, así como la calibración de equipos de medición.
- En los casos de incidentes y o eventos adversos se realizan controles inmediatos que generan
el establecimiento de la causa raíz del problema y se realizan los correctivos de forma inmediata en el proceso para garantizar las condiciones y características planificadas.
- Se controla el proceso no conforme de acuerdo a las especificaciones fijadas para el mismo y contenidas en los manuales documentales de cada área de prestación de servicios (procesos asistenciales) y las reclamaciones de los clientes, aplicando las acciones correctivas que permiten el mejoramiento continuo de las actividades.

8.2. Requisitos para los productos y servicios

8.2.1. Comunicación con el cliente

Mecanismos para la negociación de contratos con las EAPBS
Mecanismos de comunicación con clientes para recibir PQRS
Referenciar procedimientos de Atención al Usuario

8.2.2. Requisitos para productos de servicios

Mecanismos para establecer requisitos
Mecanismos para establecer requisitos

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 39 de 50



- De los clientes: PQR, Encuesta de satisfacción.
- Legales y reglamentarios: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Decreto 1011 de 2006.
- De la organización: Caracterizaciones y documentos.
- De la NTC ISO 9001:2015.

8.2.3. Revisión de los requisitos para productos y servicios

Contratos con EAPB, consentimientos informados.

8.3. Diseño y desarrollo

- No Aplica

8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

El Hospital Universitario San José de Popayán, cuenta con un procedimiento de selección y evaluación de proveedores, fundamental para garantizar que la organización cuente con aliados estratégicos que contribuyan al cumplimiento de sus objetivos en calidad, seguridad y medio ambiente.

Este procedimiento, le permite al Hospital identificar que los proveedores cumplen con normativas y estándares relevantes, asegurando que los productos o servicios adquiridos sean seguros y de calidad, evaluando aspectos como la estabilidad financiera, la reputación y el historial de cumplimiento de los proveedores, de tal manera que se puedan identificar y reducir riesgos potenciales que puedan afectar a la organización. En la organización además se implementan los procedimientos de recepción técnica que se constituye como un proceso esencial para garantizar que los equipos biomédicos, medicamentos e insumos adquiridos cumplan con los estándares de calidad, seguridad y funcionalidad requeridos.

8.5. Producción y provisión del servicio

La organización cuenta con un modelo de atención integral centrado en personas, diseñado para garantizar una atención de calidad, segura y humanizada, alineada con las normativas vigentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. La organización implementa programa de Vigilancia (**Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, reactivo vigilancia, biovigilancia y Hemo vigilancia**) como componentes esenciales de su estrategia de **Seguridad del Paciente**, en alineación con las normativas nacionales establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Sumado a lo anterior, la institución cuenta con un procedimiento para Reporte y análisis de eventos adversos, que es un componente esencial en la estrategia de Seguridad del Paciente. Su implementación busca identificar, analizar y mitigar los riesgos asociados a la atención médica, promoviendo una cultura de mejora continua y seguridad.

8.6. Identificación y trazabilidad

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. ha establecido diversos mecanismos para la identificación, monitoreo y evaluación de la calidad en la prestación del servicio, con el objetivo de garantizar una atención segura, oportuna y centrada en el usuario.

Entre las actividades implementadas para el seguimiento continuo se encuentran:

- **Paciente Trazador:** Herramienta utilizada para evaluar la calidad del proceso de atención desde la experiencia real del paciente, permitiendo identificar fortalezas, oportunidades de mejora y el grado de cumplimiento de los estándares de atención establecidos.
- **Auditoría Concurrente:** Proceso de revisión sistemática que se realiza de manera simultánea a la atención del paciente, permitiendo detectar y corregir desviaciones en tiempo real, mejorar la calidad del cuidado y fortalecer la gestión del riesgo clínico.
- **Auditoría de Apego a Guías de Práctica Clínica:** Evaluación del cumplimiento de los protocolos y guías institucionales basadas en la evidencia,



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 41 de 50

con el fin de asegurar la estandarización de los procesos y la aplicación de buenas prácticas clínicas.

- **Auditoría del Correcto Diligenciamiento de Historias Clínicas:** Revisión detallada y periódica del contenido y estructura de las historias clínicas, con el propósito de garantizar la calidad del registro, la trazabilidad de la atención, la continuidad del cuidado y el cumplimiento normativo.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Actividad realizada de manera interdisciplinaria en las distintas áreas asistenciales para identificar riesgos, evaluar condiciones del entorno, promover la cultura de la seguridad y adoptar acciones preventivas y correctivas que fortalezcan la atención segura.

Estos mecanismos se complementan con análisis de indicadores de calidad, revisión de eventos adversos e incidentes, encuestas de satisfacción, y demás herramientas que permiten una evaluación integral del servicio. Todos estos procesos están documentados y articulados con los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad y del Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo una cultura institucional orientada a la mejora continua y la excelencia en la atención.

8.7. Control De Las Salidas No Conformes

La institución cuenta con un Programa de **Seguridad del Paciente**, orientado a identificar, gestionar y corregir situaciones que puedan comprometer la calidad y seguridad de la atención brindada. Este proceso se fundamenta en la detección y resolución de eventos adversos, incidentes o condiciones que no cumplen con los estándares establecidos, buscando prevenir riesgos para los pacientes y mejorar continuamente los procesos asistenciales.

La organización ha definido que el servicio no conforme se articule con la generación de eventos adversos, para ello se debe realizar el reporte de las desviaciones a través del aplicativo SOLUTION

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.

Seguimiento. medición, análisis y evaluación



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 42 de 50

Medir el desempeño en la entidad ayuda a la mejora de su rendimiento al identificar qué aspectos se pueden mejorar. En este sentido y de acuerdo a lo establecido en la Norma ISO 9001:2015 el Hospital Universitario San José de Popayán, mediante los procedimientos para medición, captura, reporte, análisis, socialización y seguimiento de indicadores y el procedimiento para la gestión de indicadores, la institución realiza seguimiento al cumplimiento de los objetivos establecidos para sus procesos a través de los indicadores de desempeño, estableciendo así, los lineamientos para la recolección, análisis e interpretación de información clave para la toma de decisiones. El monitoreo de los indicadores de gestión se realiza de manera permanente y es analizado en espacios institucionales como comité de gestión clínica. En este comité se evalúa el cumplimiento de los objetivos estratégicos, tácticos y operativos, se identifican desviaciones, oportunidades de mejora y se definen planes de acción para el fortalecimiento de los procesos institucionales. Este seguimiento está documentado en actas y reportes que permiten evidenciar el uso efectivo de la información para la gestión y toma de decisiones. Con respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos para los productos y servicios, el Hospital Universitario San José de Popayán, realiza la verificación, mediante la aplicación de controles en sus procedimientos. Además, se cuenta con mecanismos establecidos para la medición de la satisfacción de los usuarios, así como con un programa estructurado de auditorías internas que permite verificar la conformidad del sistema con los requisitos normativos, legales y propios de la institución. Con esta metodología se busca estructurar un sistema de medición que integre el diseño, implementación, seguimiento y análisis de dichos indicadores, con el fin de identificar desviaciones o tendencias que permitan la toma de decisiones a nivel institucional.

La medición del desempeño de los proveedores externos se implementa a través de una evaluación en la cual se tiene en cuenta el comportamiento presentado, los controles implementados, los riesgos asociados y las acciones por mejorar, definidos en el manual de contratación

9.1. Satisfacción del cliente

Para el hospital Universitario San José de Popayán ESE, la retroalimentación de los clientes representa una parte indispensable en el cumplimiento de la mejora continua en la prestación de los servicios referentes al sector salud. Para ello, se cuenta con



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 43 de 50

metodologías que permiten identificar fuentes de información sobre la experiencia de los clientes internos y externos al momento del acceso al servicio prestado. Además de la recolección de la información necesaria, se tienen métodos para el análisis de la información que permitirán elaborar acciones que mejoren la percepción de los clientes en los distintos atributos. Los documentos que respaldan este requisito son Procedimiento para manejo de buzón de sugerencias, procedimiento de encuesta de satisfacción al usuario, y procedimiento de identificación de necesidades del usuario.

9.1.1. Análisis y evaluación

Para demostrar la eficacia del sistema de gestión de Calidad y poder evaluar donde realizar la mejora continua se establecen varios comités que analizan la información proveniente de diferentes fuentes tales como:

- Encuestas de satisfacción del cliente
- Indicadores de gestión
- Rondas de seguridad
- Auditoria de Historias Clínicas
- Quejas y reclamos del cliente
- Evaluación de proveedores
- Eventos adversos
- Auditorías Internas
- Revisiones por la dirección
- Comités institucionales

9.2. Auditoría interna

La auditoría interna es un proceso de autorreconocimiento y mejoramiento continuo. Por esta razón, la institución cuenta con un programa y un procedimiento establecidos para la realización de auditorías internas, en los cuales se definen y describen los diferentes tipos de auditoría que se llevan a cabo. El principal objetivo de la Auditoría interna es garantizar la evaluación sistemática, objetiva e independiente de los



procesos institucionales, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares establecidos, identificar oportunidades de mejora y promover el fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad a través del mejoramiento continuo. El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. ha establecido un programa y procedimiento de auditorías internas con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los requisitos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC). A través de jornadas de auditoría interna, se revisan los diferentes procesos y servicios, permitiendo identificar áreas de mejora y asegurar la calidad en la atención prestada.

El procedimiento detallado para la planificación, establecimiento e implementación de un ciclo de auditoría interna se encuentra documentado en el Programa de Auditorías Internas. Este procedimiento abarca todas las fases del ciclo de auditoría, desde la planificación hasta la ejecución y seguimiento de las acciones correctivas. Sumado al anterior, el hospital cuenta con equipos de personas capacitadas en principios y técnicas de auditoría, lo que garantiza el buen desarrollo de las auditorías. Estos auditores poseen conocimientos en gestión de procesos de salud y están entrenados en la aplicación de normas y estándares relevantes para la auditoría interna en el ámbito hospitalario.

o	Auditoría	¿Qué evalúa?	Period icidad	Respon sa ble
	Estrategia: Paciente trazador	Cumplimiento de estándares de acreditación y calidad de la atención al paciente durante todo el ciclo de atención	Trimes tral	Calidad
	Autoevaluación en Habilitación según resolución	Cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios habilitados	Anual	Calidad
	Rondas de seguridad del paciente	Cumplimiento de lineamientos de seguridad del paciente	Mensu al	Calidad



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

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 45 de 50

	Monitorización de historia clínica	Calidad del registro asistencial y cumplimiento de normatividad	Mensual	Coordinadores y líderes de calidad, subgerencia científica
	Adherencia a guías de manejo diagnóstico y terapéutico	Adhesión a los lineamientos definidos en las guías para estandarizar el manejo clínico	Mensual	Coordinadores y subgerencia científica
	Rondas de humanización	Cumplimiento de lineamientos de la política de humanización	Mensual	Calidad
	Auditorías externas	Componentes del SOGC y cláusulas contractuales	Según solicitud	Subgerencias, planeación, calidad
	Auditorías de certificación	Cumplimiento de requisitos de entes certificadores	Según solicitud	Gerencia, Subgerencias, planeación, calidad, control interno.

9.3. Revisión por la dirección.

El Hospital Universitario San José de Popayán, tiene implementado el procedimiento de revisión por la dirección, planificada por el proceso de Aseguramiento de la Calidad de calidad y la oficina Asesora de planeación, pero también busca asegurar que los procesos determinen en su contexto los cambios en las cuestiones internas o externas que son referentes al Sistema de Gestión de la Calidad y puedan afectar la efectividad del sistema y la información sobre el desempeño del Sistema que incluya:

- ✓ La satisfacción del cliente usuario y las partes interesadas.
- ✓ El grado de avance en el cumplimiento de la política.



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 46 de 50

✓ El desempeño de los procesos y los resultados obtenidos por el seguimiento y la medición.

✓ La gestión a las no conformidades y recomendaciones y las acciones correctivas. Los resultados de las auditorías internas y el plan de mejoramiento.

✓ El desempeño de los proveedores externos.

✓ La eficiencia de las acciones para abordar los riesgos y controlar su materialización.

✓ Las oportunidades de mejora Recopilación del material: Para llevar a cabo la revisión por la Dirección del sistema de gestión integral calidad, la oficina de calidad y planeación debe contar con un sistema de gestión documentado, para mostrar la planificación, operación y controles efectivos de los procesos dentro del Sistema, con la implementación y mejoras, con las siguientes especificaciones: Información que contenga significado Documentos en el gestor codificados y controlados, medio en el que se encuentran disponibles y acceso de búsqueda y registros de los resultados obtenidos o evidencias.

La revisión del Sistema de Gestión Integral de Calidad por la dirección se realiza en una reunión que se realiza una vez al año en los meses de Diciembre a Febrero de la siguiente vigencia, de acuerdo a la programación, dado que en este espacio se tratan asuntos relacionados con la evaluación del plan operativo anual o plan de acción de la vigencia anterior, los seguimientos a las oportunidades de mejora como monitoreo al sistema son llevadas al Comité de Gestión y Desempeño Institucional, en las reuniones de junio y diciembre de cada vigencia

Resultados de la revisión:

Durante la revisión por la Dirección, se produce la información de salida y se toman decisiones con respecto a:

✓ La conveniencia, adecuación y eficacia del sistema integrado de gestión.

✓ Mejoras o ajustes en el Sistema de Gestión Integral de Calidad.

✓ Mejoras en los servicios o productos entregados a los clientes o partes interesadas.



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 47 de 50

✓ Asignación de recursos. En esta reunión además se define si se mantiene la política y el objetivo del SGIC y se establecen acciones de mejora para las brechas identificadas. Estas acciones se utilizan como fuente de mejora para correr el modelo de mejoramiento en el grupo de tercer nivel.

10. Mejora

En marco del mejoramiento continuo de la calidad se establecen los siguientes indicadores para la medición de la política de prestación de servicios y de calidad:

- Divulgar y evaluar el SOGCS a los colaboradores de la institución
- Porcentaje de servicios certificados
- Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
- Cumplimiento de indicadores según el modelo de atención en salud institucional
- Cumplimiento de metas de indicadores institucionales
- Implementación del programa de responsabilidad social
- Promedio de cumplimiento de los ejes de acreditación

Asimismo, se desarrollan las siguientes actividades dando respuesta a los requerimientos establecidos en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. El Hospital Universitario San José de Popayán, cuenta con un procedimiento de Sistema de Mejoramiento Institucional ACA-PD52, que define la metodología institucional para la mejora continua estableciendo los lineamientos para realizar el análisis de datos y plantear las acciones preventivas, correctivas y de mejora del Hospital Universitario San José de Popayán

La identificación de dichas acciones se puede dar por diferentes fuentes:

- El personal dentro de su jornada laboral
- Auditorías Internas.
- Auditorías Externos
- Reporte de incidentes o eventos adversos.
- Servicio No Conforme



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

MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 48 de 50

- PQRS
- Satisfacción del usuario mediante encuestas de satisfacción
- Incidentes y emergencias relacionadas con SST
- Impactos Ambientales
- Desviaciones de procesos
- Servicios no conformes y/o Eventos adversos
- Rondas de seguridad
- Análisis de Riesgos
- Rendición de cuentas
- Revisiones por la dirección
- Evaluaciones POA
- Auto inspecciones

Además se cuenta con un formato para elaboración de *Plan de Acción Individual*, que incluye la identificación de causa raíz con la metodología de los 5 porque y planteamiento de acciones con su respectivo cronograma de actividades y seguimiento, dichos planes son consignados en el Plan único de mejoramiento, la ejecución de las actividades, resumir compete al coordinador de cada proceso y/o subproceso en el cual se identifica el plan de mejoramiento y el seguimiento se realiza a través del subproceso de mejoramiento sistémico

Documentos de referencia

- Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE 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 servicios de salud. Bogotá. 2014. p. 22 y 201.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. Versión 3.1 (Noviembre de 2018). Bogotá.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación



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

MANUAL DE CALIDAD	MAN-ACA-01	
	Versión: 04	Página 49 de 50

(ICONTEC). NTC ISO 9001. (23, septiembre, 2015). Sistema de Gestión de la Calidad. Bogotá.

- MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN ACREDITACIÓN - Ministerio de la Protección Social República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		Anexo al procedimiento OPL-PD04		OPL-PD04-FO12	
		FORMATO DE CONTROL DE CAMBIOS			
Código	Versión	Fecha	Descripción del Documento		
MAN-CA-01	0	28 de marzo de 2018	Creación del Manual		
MAC-ACA-01	01	23 de septiembre de 2019	Se definen las acciones que se realizan en la institución para dar cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad, se adiciona estructura y actividades del proceso de aseguramiento de la calidad y se definen otros programas a los cuales se les realiza seguimiento		
MAC-ACA-01	02	28 de diciembre de 2020	Actualización de Misión, visión, objetivos institucionales, valores, principios, políticas institucionales, actualización de las de la normativa vigente Y definición del programa de ejes de acreditación con sus respectivos indicadores		
MAC-ACA-01	03	Abril de 2022	Actualización planes institucionales valores principios sistema de gestión de calidad coma buenas prácticas de manufactura de gases medicinales e indicadores		
MAC-ACA-01	04	Junio de 2025	Actualización de Misión, visión, objetivos institucionales, valores, principios, actualización de las de la normativa vigente Y definición del programa de ejes de acreditación con sus respectivos indicadores		

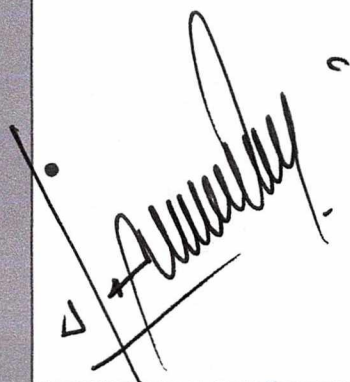
MANUAL DE CALIDAD

MAN-ACA-01

Versión: 04

Página 50 de 50

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

Elaboró y/o actualizó	Jesús Fernando Noguera Muñoz	Revisó	Edilsa Yasmin Rosero Yela	Aprobó	Juan Carlos Arteaga Cifuentes
Cargo	Afiliado Partícipe ASSESALUD Profesional Especializado Aseguramiento de la Calidad	Cargo	Afiliado Partícipe ASSESALUD Coordinadora Aseguramiento de la Calidad	Cargo	Gerente HUSJ
Firma		Firma		Firma	
Fecha	12 JUN 2025	Fecha	12 JUN 2025	Fecha	12 JUN 2025
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre	Jesús Hernán Guerrero Erazo	Cargo	Auxiliar Administrativo Gr-3	Firma	