
	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>	
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos	
	<b>Código:</b>	EVM - P - 01
	<b>Versión:</b>	05
	<b>Fecha:</b>	mayo 2019

<b>1. OBJETIVO</b>
<p>Proporcionar a la Red de Salud del Centro un procedimiento que le permita Diseñar, controlar y mantener los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad sean internos y/o externos.</p>
<b>2. ALCANCE</b>
<p>Aplica a toda la documentación recibida y producida por la Red de Salud Centro E.S.E. a causa de sus actividades en procura de cumplir con el objeto social de la empresa</p>
<b>3. DEFINICIONES</b>
<p><b>DOCUMENTO:</b> información y su medio de soporte.</p> <p><b>GUÍA:</b> Documento de consulta en el que se da información y consejos sobre una actividad o patología para su adecuado manejo.</p> <p><b>INSTRUCTIVO:</b> Documento que describe pasó a paso las actividades que se deben seguir para llevar a cabo una actividad.</p> <p><b>MANUAL:</b> Compendio de documentos ordenados por temas específicos, que establecen la aplicación y control de las políticas, procedimientos y responsabilidades.</p> <p><b>PROCEDIMIENTO:</b> Documento que especifica la forma en la cual se debe llevar a cabo una actividad o conjunto de actividades y los requisitos que debe satisfacer para garantizar su efectividad. Es la base para que una tarea pueda ser ejecutada por diferentes personas de una forma unificada, evitando errores.</p> <p><b>PROTOCOLO:</b> Documento autorizado por la institución para realizar una actividad o manejo de patologías de carácter obligatorio.</p> <p><b>S.G.C.:</b> Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p><b>BACK UP:</b> Copias de seguridad, utilizadas para salvaguardar la información.</p>

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos
	<b>Código:</b> EVM - P - 01
	<b>Versión:</b> 05
	<b>Fecha:</b> mayo 2019


#### 4. RESPONSABLE

- **ELABORACION:** El responsable de la elaboración y la entrega del documento a la oficina calidad es el líder del proceso donde se requiere o aplica el documento.
- **REVISION.** Las realizan el Representante de la dirección o Sub-gerentes, los cuales determinan que lo que se describa, es lo que realmente se debe hacer.
- APROBACION:** La realizan la Gerencia o los Sub-gerentes luego de haber sido estandarizado el documento por calidad y revisado.

#### 5. REQUISITOS CLAVES

Para la elaboración de todos los documentos del Sistema de gestión de calidad se cumplen los siguientes requisitos básicos:

##### 5.1 ENCABEZADO

<b>LOGO</b> 	<b>Nombre de la empresa</b>
	<b>Tipo y nombre del documento:</b>
	<b>Código</b>
	<b>Versión</b>
	<b>Fecha de Aprobación:</b>

**5.2 Codificación de documentos:** El documento se identifica con un código alfanumérico separado por un guión (-) y se constituye por las siguientes partes:

Nombre del Proceso al que pertenece - Tipo de documento - consecutivo documento.

Las primeras tres letras del documento corresponden al proceso al cual pertenece el documento:



**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E**

**Procedimiento:** Elaboración y Control de Documentos

**Código:** EVM - P - 01

**Versión:** 05


**Fecha:** mayo 2019

Proceso Dirección Estratégica	DIE
Proceso Evaluación y Mejora	EVM
Proceso Recepción y Atención al Usuario	AUS
Proceso Promoción y Prevención	PYP
Proceso Atención Ambulatoria	AAB
Proceso Atención Intrahospitalaria	AIH
Proceso Apoyo Diagnóstico	APD
Proceso Pool de Ambulancias	AMB
Proceso Gestión Financiera	GFI
Proceso Gestión del Recurso Físico	RFA
Proceso Gestión de Insumos	INS
Proceso Gestión del Talento Humano	GTH
Proceso Gestión de la información	GIN
Proceso Rehabilitación integral	REH


La Segunda parte del código corresponde a la letra del tipo de documento así:

<b>M</b>	Manual
<b>P</b>	Procedimiento
<b>I</b>	Instructivo
<b>G</b>	Guía
<b>F</b>	Formato
<b>FG</b>	Flujograma
<b>FT</b>	Ficha Técnica
<b>C</b>	Caracterización
<b>L</b>	Planes
<b>O</b>	Política o Programa
<b>R</b>	Protocolo

Los últimos 2 números de la codificación hacen referencia al consecutivo de los documentos.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos
	<b>Código:</b> EVM - P - 01
	<b>Versión:</b> 05
	<b>Fecha:</b> mayo 2019

<b>6. MATERIALES / EQUIPOS / MEDIOS NECESARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador.</li> <li>• Internet.</li> <li>• Papelería.</li> <li>• Aplicativo documental.</li> </ul>
<b>7. DESARROLLO DEL PROCESO</b>
<p><b>7.1 Elaboración del documento</b></p> <p>7.1.1 <u>Identificación del tipo de documento</u>: la organización identifica que tipo de documento se requiere, para iniciar la elaboración.</p> <p>7.1.2 <u>Levantamiento de información</u>: Las personas del proceso involucradas con el documento a elaborar, recolectan la información necesaria que describe el proceso a documentar y se elabora un borrador del documento en el esquema preestablecido.</p> <p>7.1.3 <u>Elaboración del documento para revisión</u>: El responsable del proceso o quien ejecuta la actividad ajusta el documento de acuerdo a las necesidades requeridas.</p> <p>Los siguientes criterios son indispensables para determinar la necesidad de elaborar documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La ausencia del documento está afectando el Sistema de Gestión de Calidad.</li> <li>• Corrección de un problema real ó potencial que se viene presentando o que se puede presentar en las actividades ó procesos de la empresa por falta de documentación.</li> <li>• Cambio en alguna metodología de trabajo o incorporación de tecnología.</li> <li>• Modificación del organigrama de la empresa o de las responsabilidades de los cargos que inciden en el sistema de gestión de calidad.</li> <li>• La redacción del documento puede estar soportada con un diagrama de flujo anexo para ampliar la comprensión del documento.</li> </ul> <p><b>7.2 Revisión y Aprobación</b></p> <p>7.2.1 Una vez elaborado el documento por el líder del proceso, el responsable de Calidad lo verifica, teniendo en cuenta las reglas presentadas en este documento y si es pertinente,</p>

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos
	<b>Código:</b> EVM - P - 01
	<b>Versión:</b> 05
	<b>Fecha:</b> mayo 2019

le realiza los ajustes necesarios para asegurar el estándar documental.

7.2.2 El subgerente según el proceso que aplique el documento, o el representante de la dirección **verifican** y confirman como etapa de revisión que lo escrito es lo que realmente se ejecuta y es lo que se debe hacer.

7.2.3 Los documentos son **aprobados** por la Gerencia o los Subgerentes, teniendo en cuenta la orientación al cumplimiento de la política y los objetivos de calidad.

7.2.4 La evidencia de esta revisión y aprobación se encuentra en las firmas de los cargos respectivos, en donde se autoriza la implementación del documento.

### 7.3 Identificación de las copias y distribución


7.3.1 7.3.1 Como la documentación del sistema de gestión de calidad se encuentra en el aplicativo archiver, todos los documentos del sistema que sean subidos a este aplicativo deben estar en formato pdf y llevar escrito como marca de agua “COPIA NO CONTROLADA”, todo esto con el fin de dar cumplimiento a la directriz presidencial de cero papel, que busca la reducción en el consumo del mismo, además la red y el hospital primitivo iglesias se encuentran inscritos en La **Red Global de Hospitales Verdes y Saludables** la cual es una comunidad mundial de **hospitales**, sistemas de salud y organizaciones profesionales y académicas que buscan reducir su huella ecológica y promover la salud ambiental pública.

### 7.4 Difusión

La difusión de donde se puede encontrar la documentación de cada proceso se realiza en la inducción que se le da a todo personal a su ingreso a la Red de Salud Centro E.S.E., a demás esta información es difundida utilizando los diferentes medios de comunicación que posee la Red de Salud Centro.

### 7.5. Disponibilidad de los documentos

Cada funcionario de la Red de Salud Centro sabe desde su ingreso que toda la documentación necesaria para realizar sus labores la encuentra disponible en el aplicativo

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos
	<b>Código:</b> EVM - P - 01
	<b>Versión:</b> 05
	<b>Fecha:</b> mayo 2019

archiver, al cual puede acceder a través de la intranet de la empresa y el nombre de usuario y contraseña es “redcentro”

## **7.6 Preservación de documentos**

7.6.1 La oficina de calidad define los medios necesarios para asegurar la legibilidad y permanencia de los documentos de Calidad.

7.6.2 El área de Evaluación y Mejora es la única área autorizada para tener todos los documentos del sistema de gestión de calidad en físico, y esto principalmente sucede debido a que estos documentos son los que tienen las firmas originales de aprobación para su uso. Los líderes de los procesos son las personas responsables de validar cuando se requiere realizar una actualización o eliminación de cualquier documento, en caso de darse una situación de estas se debe realizar la modificación del documento dejando en el cuadro de control de cambios plasmado que fue lo que se modificó, enviar este documento al área de calidad para su aprobación y posterior publicación en el aplicativo documental de la Red


7.6.3 Las copias de seguridad de la información se realiza de acuerdo al procedimiento GIN - P - 05 PROCEDIMIENTO COPIAS DE SEGURIDAD V4, establecido por el grupo de gerencia de la información de la Red de Salud Centro.

El responsable de Calidad, debe realizar back up de los documentos del sistema de Gestión cada tres meses.

## **7.7 Actualización o Anulación de Documentos**

Con el objetivo de mantener actualizada la documentación, cada responsable de proceso verifica cada cuatro años como mínimo o cuando se requiera que la información contenida en el documento sea actualizada y modificada la versión si se requiere.

Si ha perdido vigencia se procede a enviar el documento al área de calidad para su anulación y respectiva justificación. Si está vigente la información y requiere actualización, se reporta a Calidad la modificación para su inclusión dentro del formato de Listado Maestro de documentos. Toda actualización debe ser aprobada por el responsable del

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos
	<b>Código:</b> EVM - P - 01
	<b>Versión:</b> 05
	<b>Fecha:</b> mayo 2019

proceso y debe tener identificado que parte del documento cambio.

7.7.1 Para la actualización de documentos se siguen los mismos pasos que se describen para la elaboración de documentos. Además para facilitar el fácil reconocimiento de los cambios cuando un documento se actualiza.

7.7.2 La identificación y distribución de los documentos actualizados se hace tal como se describe en el numeral 7.3.

7.7.3 Todas las copias de documentos obsoletos al igual que el original, deben destruirse, salvo en los casos que el Responsable de Calidad considere necesario guardar en medio magnético o físico algún documento que por su importancia en el Sistema de Gestión de Calidad lo amerite, previa identificación como obsoleto.

7.8 El responsable documental de Calidad es el encargado de la conservación de los documentos originales revisados y aprobados, además de mantener back up magnético de las actualizaciones realizadas, al menos una vez cada tres meses.

### **7.9 Control de documentos de origen externo**

7.9.1 Recepción: Toda información o documento suministrado por entes o personas externas, ya sean legales o técnicos que lleguen a la Gerencia, Subgerencias u otras dependencias, relacionada con el S.G.C, debe reportarse al área de Calidad por correo electrónico o físicamente donde se asegura que el documento es necesario y esta identificado.

7.9.2 Ingreso al listado maestro de documentos de origen externo. El Responsable de calidad ingresa el documento con el nombre, la versión o año y cargo que va a mantener dicho documento para realizar su inclusión en la base de datos, el responsable de calidad ingresa la información y actualiza el listado maestro de documentos externos.

7.9.3 Distribución. Si la información debe distribuirse a varias personas, se debe diligenciar el formato "Distribución de documentos".

7.9.4 Actualización. Cada responsable de área debe velar porque la información relacionada con los documentos y datos de origen externo esté actualizada y archivada adecuadamente.



## RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

**Procedimiento:** Elaboración y Control de Documentos

**Código:** EVM - P - 01

**Versión:** 05

**Fecha:** mayo 2019

### 7.10 Préstamo de información

Toda la información del área de Calidad que requiera ser consultada con fines de auditoria interna, externa, actividades de capacitación, análisis para toma de decisiones, entre otros, debe solicitarse al Responsable del proceso o del área.

### 7.11 tiempos para realizar documentos nuevos, o actualización de estos si se requiere.

7.11.1 una vez creada la necesidad del documento, el funcionario encargado de levantar o actualizar un documento tendrá máximo 10 días hábiles para presentar el borrador a la oficina de calidad para revisión.


7.11.2 la oficina de calidad dispondrá de máximo 5 días hábiles para revisar el borrador del documento y si es necesario ajustarlo se devolverá al funcionario que lo realizo.

7.11.3 si el documento es devuelto para una segunda revisión, el funcionario dispondrá de máximo 5 días hábiles para presentarlo de nuevo con los requerimientos exigidos.

7.11.4 cuando el documento está conforme, se imprime y se envía para sus respectivas firmas de aprobó y reviso, con un tiempo máximo de 5 días hábiles para esta gestión.

7.11.5 cuando finalmente el documento es oficial, se comunicara al funcionario interesado para conocer el medio de distribución del mismo.




	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>	
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos	
	<b>Código:</b>	EVM - P - 01
	<b>Versión:</b>	05
	<b>Fecha:</b>	mayo 2019

## 8. ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Para que un documento sea considerado vigente debe: estar en el formato establecido, tener el código y el sello de “Copia Controlada N°” en las páginas y estar registrado en el Listado maestro de documentos.

- Los documentos del S.G.C. no pueden ser retirados de la empresa sin previa aprobación del Gerente o Responsable de Calidad.
- No se deben copiar ni imprimir los documentos controlados.
- Todos los documentos se mantienen en un lugar seguro y protegido de condiciones que puedan deteriorarlos.
- El contenido del documento no puede ser modificado, ni enmendado con tachaduras, corrector líquido o a mano.
- Todo documento generado al interior de la empresa se considera propiedad de la Red de Salud de Centro ESE, por tanto queda prohibida su reproducción o préstamo externo.
- La documentación se encuentra disponible en medio magnético o impreso de acuerdo a las necesidades de la organización.
- Cada año debe revisarse la documentación por parte del líder de proceso con el fin de actualizarla si es necesario, ya sea por cambios normativos, tecnológicos, estructurales, etc.
- Cuando los documentos cambien de versión se les incluirá el cuadro: control de cambios y revisiones diligenciado.

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES				
Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos
	<b>Código:</b> EVM - P - 01
	<b>Versión:</b> 05
	<b>Fecha:</b> mayo 2019

### 9. ACCIONES A TOMAR EN CONDICIONES ANORMAL


- Si se pierde un documento controlado, se debe informar y justificar la pérdida ante la oficina de calidad, si se vuelve a perder el documento se debe realizar una acción correctiva antes de reponerlo.
- Si se deteriora un documento controlado, se debe informar a la oficina de calidad para su reposición.
- Si le entregan un documento externo debe informar a la oficina de calidad para revisión e inclusión en el listado maestro de documentos externos de la ese centro.

### 10. ANEXOS

- Anexo 1 “Listado Maestro de documentos”. Código: *EVM - F – 01*.
- Anexo 2 “Listado Maestro de documentos Externos”. Código: *EVM - F – 27*.
- Anexo 3 “Formato Distribución de documentos”. Código: *EVM – F – 24*.

### CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES

Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado
01	23 /03/ 12	1	2	En tipo de documento se incluyo POLITICA y se le asigno la letra O.
02	04/06/13	2	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agregaron definiciones al punto 03.</li> <li>• Se incluyó el proceso de rehabilitación (REH).</li> <li>• Se incluyó a los tipos de documento: protocolo y se le asignó la letra “R”.</li> <li>• Se incluyeron ítems al numeral 06.</li> </ul>
03	29/09/15	3	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ingresó información sobre los tiempos para oficializar un documento en el numeral 7.11.</li> <li>• La revisión se por parte de las subgerencias será según la clase de proceso (misional o de apoyo) y dicha revisión se evidenciara por medio de la firma en el documento.</li> </ul>

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>	
	<b>Procedimiento:</b> Elaboración y Control de Documentos	
	<b>Código:</b>	EVM - P - 01
	<b>Versión:</b>	05
	<b>Fecha:</b>	mayo 2019

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando el documento se entregue en magnético deberá llevar sello de agua de "COPIA NO CONTROLADA"</li> <li>• Los documentos en magnético para uso dentro de la institución se subirán al aplicativo documental.</li> <li>• La revisión obligatoria de la documentación cambio su periodicidad mínima de dos (2) a (4) años.</li> <li>• Se incluye revisión anual si es necesario, ya sea por cambios normativos, tecnológicos, estructurales, etc.</li> </ul>
04	09/05/19	4	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la pág. 1 se modifica el objetivo y el alcance del documento.</li> <li>• En la pág. 2 se organiza la información correspondiente a las siglas utilizadas para denominar cada proceso en identificación de documento; Al igual que se organiza el tipo de documento.</li> <li>• En la pág. 5 se modifica la información del punto 7.3. identificación de las copias y distribución.</li> <li>• En la pág. 5 se modifica el texto que hace referencia a la distribución de los documentos.</li> <li>• En la pag. 9 se introduce "cada año se debe revisar la documentación ..."</li> <li>•</li> </ul>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
<b>FIRMADO EN ORIGINAL</b>	<b>FIRMADO EN ORIGINAL</b> Subgerente y/o Representante de la Dirección	<b>FIRMADO EN ORIGINAL</b> Gerente y/o Subgerente